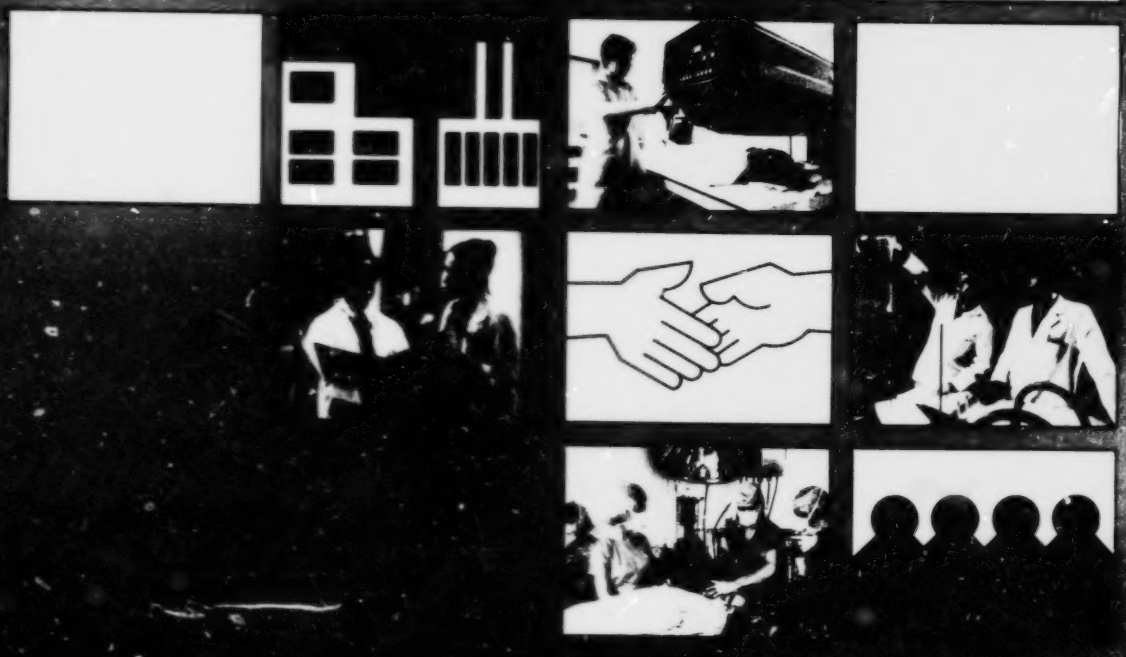
Travail Canada
Labour Canada

la qualité de la vie au travail

Rapport d'enquête sur les hôpitaux au Canada



Canada

85-0049/

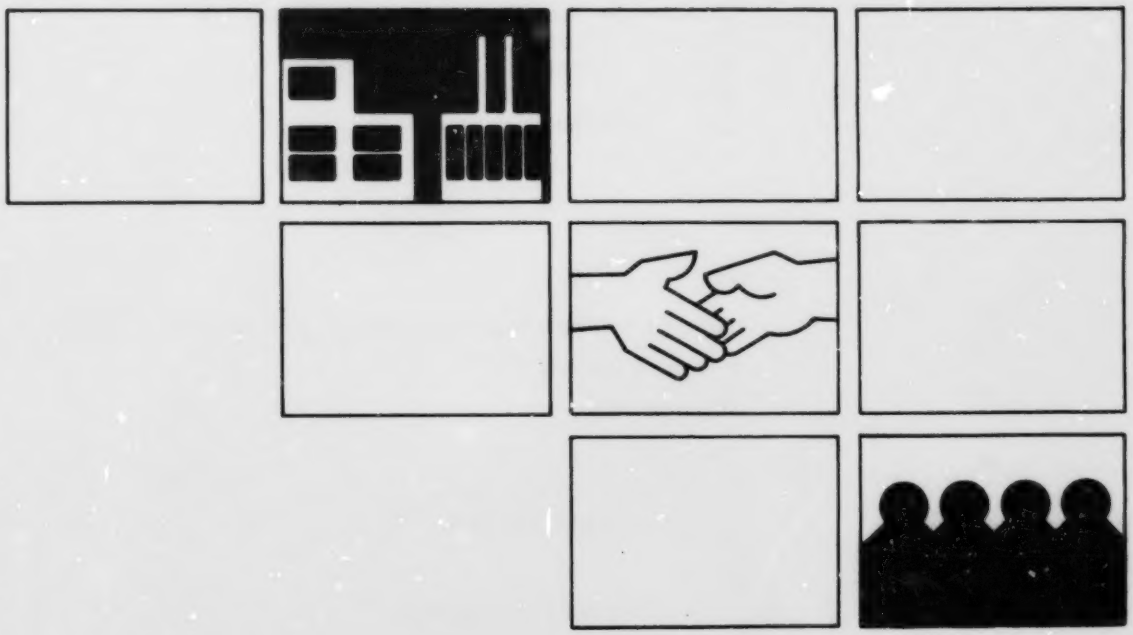
L'ENVIRONNEMENT DU TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER

PROBLÈMES ET PERSPECTIVES

par Joan Kahn et William A. Westley

la qualité de la vie au travail

Rapport d'enquête sur les hôpitaux au Canada



Publié en vertu de l'autorisation du
ministre du Travail, gouvernement du Canada

Also available in English under the title

The Working Environment in Canadian Hospitals:
Constraints and Opportunities

Ouvrage disponible auprès du
Centre de distribution des publications
Travail Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0J2
(819) 994-0543

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1984

N° de cat. L 2-20/1983F

ISBN 0-662-92689-7

L44-1278/84F

Imprimé au Canada

L'ENVIRONNEMENT DU TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER:

problèmes et perspectives

Qualité de la vie au travail

par

Joan Kahn

et

William A. Westley

UN MOT AU SUJET DES AUTEURS

Entre 1980 et 1983, Joan Kahn a assumé les fonctions de directrice du projet dans lequel s'inscrit le programme des soins de santé élaboré par le Groupe-conseil sur la qualité de la vie au travail de l'université McGill. Elle détient un doctorat en communications de cette même université où elle a entrepris des recherches portant sur les communications dans le milieu hospitalier. Elle a également écrit un livre et rédigé plusieurs articles sur le sujet. Joan Kahn est infirmière autorisée; elle occupe actuellement le poste de coordonnatrice du contrôle de la qualité à l'hôpital Royal Victoria de Montréal.

William A. Westley est président de la société d'experts-conseils, Associés en développement des ressources humaines de McGill Inc. et directeur du Groupe-conseil sur la qualité de la vie au travail. Il a déjà fait partie du conseil du Collège du Travail du Canada, a occupé le poste de directeur du Centre de relations industrielles de l'université McGill et celui de président du Département de sociologie de l'université McGill.

TABLE DES MATIÈRES

		Page
	PRÉFACE	ix
	INTRODUCTION	
	A. Caractéristiques de l'échantillon	xiii
	B. Description de l'enquête	xiv
	PARTIE UN: PROBLÈMES ET PRÉOCCUPATIONS	
1.	OBJET DE LA PARTIE UN DE L'ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES HÔPITAUX	3
2.	QUELQUES OBSERVATIONS RELATIVES À LA MÉTHODOLOGIE	3
3.	ATTITUDE ET COMPORTEMENT DE L'EMPLOYÉ	3
3.1	Engagement des employés face aux objectifs de l'établissement	4
3.2	L'hôpital - Système sociotechnique dynamique	5
3.3	Questionnaire et étude	6
3.3.1	Indicateurs du comportement des employés	7
3.3.2	Attentes et doléances des employés	17
3.3.3	Indicateurs spécifiques relatifs à la qualité de la vie au travail	27
4.	CONCLUSIONS	35
	PARTIE DEUX: INNOVATIONS ET SOLUTIONS	
	AVANT-PROPOS	39
	SECTION UN: INNOVATIONS CLASSÉES SELON LA NATURE DES PRESSIONS EXERCÉES PAR LE MILIEU	43
1.	LÉGISLATION GOUVERNEMENTALE IMPOSANT AUX HÔPITAUX DES RESTRICTIONS BUDGÉTAIRES IMPORTANTES	43
1.1	Comités, services, programmes et postes généraux destinés à réduire les coûts	43
1.2	Comités ou programmes spécifiques destinés à réduire les coûts	43
1.3	Création de sections spéciales dans les établissements de soins de courte durée	44
1.4	Méthodes de classification des patients	44
1.5	Unités de soins de jour	44
1.6	Mesures spécifiques de réduction des coûts	45
1.7	Partage de poste	45

TABLE DES MATIÈRES (suite)

		Page
2.	SOINS À LA FINE POINTE DU PROGRÈS ASSURÉS PAR LA TECHNOLOGIE MODERNE	45
2.1	Innovations touchant la technologie biomédicale	46
2.1.1	Nouvelles structures organisationnelles	46
2.1.2	Achats récents d'appareils à usage biomédical	46
2.2	Innovations touchant la technologie non médicale	47
2.2.1	Technologie informatique	47
2.2.2	Télécommunications, téléavertisseurs, etc.	48
2.3	Formation en cours d'emploi	49
2.3.1	Services et programmes généraux	49
2.3.2	Services et programmes spéciaux	49
3.	INNOVATIONS RÉSULTANT DES DIVERSES DEMANDES RÉITÉRÉES DE LA COLLECTIVITÉ	49
3.1	Demandes relatives à des services de qualité faisant appel à une technologie et à des connaissances spécifiques	50
3.1.1	Innovations d'ordre général relatives au contrôle de la qualité	50
3.1.2	Innovations particulières relatives au contrôle de la qualité	51
3.2	Demandes relatives à l'intégration des services se consacrant uniquement aux soins prodigués aux patients	52
3.2.1	Comités, équipes, postes et autres innovations	52
3.3	Demandes de services axés sur des problèmes et des besoins spécifiques	53
3.3.1	Innovations apportées en réponse à des problèmes spécifiques	53
3.3.2	Innovations apportées en vue de répondre à des besoins spécifiques	56
	SECTION DEUX: CLASSIFICATION DES INNOVATIONS SELON LA RÉACTION DE L'ÉTABLISSEMENT AUX INFLUENCES DU MILIEU	63
1.	INNOVATIONS PÉRIPHÉRIQUES	63
1.1	Innovations rattachées aux admissions et aux départs	63
1.2	Activités consultatives liées à la nécessité pour l'hôpital de s'adapter aux changements du milieu	64
1.3	Innovations touchant les relations publiques	65

TABLE DES MATIÈRES (suite)

		Page
2.	INNOVATIONS INTRA-ORGANISATIONNELLES	65
2.1	Innovations dont les répercussions atteignent l'ensemble du système	65
2.1.1	Changement de mission pour l'hôpital	65
2.1.2	Modification de l'organigramme	66
2.1.3	Modification de la structure des comités	66
2.1.4	Modification du système d'information	67
2.2	Fusion (centralisation) de l'autorité et des services	67
2.2.1	Secteurs médical et para-médical	67
2.2.2	Autres secteurs	71
2.3	Décentralisation de l'autorité et des services	72
2.3.1	Secteurs médical et para-médical	72
2.3.2	Autres secteurs	74
2.4	Création de nouveaux postes	74
2.4.1	Postes rattachés aux soins infirmiers	75
2.4.2	Autres postes	76
2.5	Modifications apportées à l'horaire de travail et aux heures d'ouverture	77
2.6	Intégration verticale par opposition à la sous-traitance	78
2.6.1	Intégration verticale	78
2.6.2	Sous-traitance	79
2.7	Élimination graduelle	79
2.7.1	Activités spéciales éliminées	79
2.7.2	Cliniques, services, programmes éliminés	79
2.7.3	Postes éliminés	80
3.	INNOVATIONS INTER-ORGANISATIONNELLES	81
3.1	Services de soutien médical	81
3.2	Services de soutien non médical	82
3.3	Services de soutien indéfinis	83
	SECTION TROIS: CORRÉLATION INÉVITABLE ENTRE LE DEGRÉ DE SATISFACTION DES EMPLOYÉS ET LA PRESTATION DE SERVICES HOSPITALIERS DE QUALITÉ	87
1.	PROGRAMMES D'ENCOURAGEMENT À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS	87
2.	PROGRAMMES D'ENCOURAGEMENT À L'INTENTION DES EMPLOYÉS	87
3.	PROGRAMMES D'AIDE AUX EMPLOYÉS	88

TABLE DES MATIÈRES (suite)

		Page
4.	PROGRAMMES DE SÉCURITÉ	88
5.	PLANIFICATION D'ACTIVITÉS MONDAINES, DE CÉRÉMONIES, ETC.	88
6.	CRÉATION D'UN POSTE PARTICULIER	88
7.	MODIFICATIONS APPORTÉES À L'HORAIRE DE TRAVAIL	89
	SECTION QUATRE: INNOVATIONS AXÉES SUR LA QUALITÉ DE LA VIE AU TRAVAIL	93
1.	COLLABORATION ENTRE LE SYNDICAT ET LA DIRECTION	93
2.	VALORISATION DES TÂCHES, FORMATION PAR ÉCHANGE MUTUEL ET POLYVALENCE	94
2.1	Valorisation des tâches	94
2.2	Formation parallèle et polyvalence	95
3.	ACTIVITÉS PLURIDISCIPLINAIRES À DIVERS ÉCHELONS	97
	ANNEXES	103
	BIBLIOGRAPHIE	119

PRÉFACE

Des centaines de Canadiens, d'un bout à l'autre du pays, ont collaboré d'une façon ou d'une autre à la réalisation de l'Enquête nationale auprès des hôpitaux en 1983 et à la rédaction du présent rapport qui vient en étayer les résultats.

En 1982, Travail Canada lançait à Ottawa un nouveau programme dont le but était d'améliorer la qualité de la vie au travail dans les hôpitaux canadiens. La mise en application du concept de la "qualité de la vie au travail" constitue un moyen d'améliorer la structure de l'organisation; cette méthode met l'accent sur la collaboration entre travailleurs et patrons, sur la participation des employés au processus de prise de décisions et sur la valorisation de l'employé en tant qu'être humain dont l'épanouissement au sein de l'hôpital comme personne, comme travailleur et comme professionnel, contribue à en favoriser l'efficacité et l'essor.

Le programme comporte trois volets:

1. la mise sur pied d'ateliers régionaux sur la qualité de la vie au travail dans les grandes villes du pays;

2. la tenue d'examens organisationnels sommaires sur des hôpitaux désignés;

3. la tenue d'un examen national sommaire auprès des hôpitaux canadiens dans le but de cerner les problèmes et les préoccupations qu'ils connaissent et de dégager les innovations et les solutions qu'ils ont mises de l'avant pour contrer ces difficultés.

En vue de faciliter la réalisation de ce programme d'envergure, Travail Canada a eu recours aux services du Groupe-conseil sur la qualité de la vie au travail de l'université McGill à Montréal et, tout particulièrement, à la compétence de Monsieur William Westley, directeur du Groupe-conseil, et de son adjointe, Madame Joan Kahn, directrice de projet pour le programme des soins de la santé qui relève du Groupe-conseil.

M. Westley et Mme Kahn ont dirigé une série de six ateliers régionaux dans les grandes villes canadiennes suivantes: Halifax, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton, Calgary et Vancouver. À chaque atelier, ils ont écouté les participants (administrateurs d'hôpitaux, directeurs des soins infirmiers, agents du personnel, représentants syndicaux et représentants de diverses associations provinciales de la santé) exprimer leurs préoccupations et leurs attentes relativement à la question de la qualité de la vie au travail dans leur propre hôpital. Les participants se sont divisés en petits groupes composés de travailleurs et de patrons, et on leur a demandé de tenter ensemble de cerner les problèmes qui se posent à eux et d'y apporter des solutions pertinentes. En plus d'apporter des solutions à un grand nombre de leurs problèmes, les participants ont eu la possibilité d'approfondir et de mieux comprendre la situation qui prévaut dans les hôpitaux canadiens.

Au cours de l'automne de 1982, M. Westley et Mme Kahn ont dirigé un examen sommaire d'une durée de trois jours, dans un grand hôpital des provinces maritimes. Ils ont fait passer une série intensive d'entrevues, d'une heure chacune, à quelque vingt-cinq personnes occupant des postes à divers échelons au sein de l'établissement (professionnels, travailleurs non professionnels, syndiqués, directeurs). L'ensemble des données recueillies lors de ces entrevues fait ressortir plusieurs grands thèmes traduisant les principales préoccupations et aspirations du personnel de l'établissement. Par la suite, ces thèmes ont fait l'objet d'un nouvel examen au cours d'un atelier d'une journée, tenu sur place, à la suite duquel les participants ont recommandé que l'on approfondisse les possibilités qu'offre la mise en application du concept de la qualité de la vie au travail dans leur propre hôpital, en ayant recours à des spécialistes en la matière de leur région. Grâce à cette étude poussée des structures et des problèmes relatifs à l'organisation d'un hôpital en particulier, les chercheurs ont ajouté à leurs connaissances dans ce domaine.

Les auteurs ont également tiré leurs renseignements d'une série d'analyses sociotechniques des divers services mis sur pied dans les hôpitaux de la région de Montréal; ces analyses ont été faites en 1981 et 1982 par cinquante-huit équipes comptant chacune quatre étudiants du premier cycle à l'université McGill, sous la direction de M. Westley et de Mme Kahn. Les étudiants devaient étudier l'aspect social du travail (l'ensemble des tâches et les responsabilités de chacun, et les indicateurs de satisfaction au travail) ainsi que son aspect technique (le matériel, les compétences, le temps et l'espace nécessaires à l'exécution méthodique de chacune des activités effectuées dans les divers services, que ce soit une salle d'opération, la buanderie ou un service de consultations externes). En outre, dans le cadre de leur travail sur le terrain, les étudiants devaient poser aux employés des hôpitaux et aux chefs de service la question suivante: "Comment savez-vous que vous faites du bon travail?" Par cette question, ils cherchaient à déterminer les "critères" spécifiques qu'utilise chaque service, implicitement ou explicitement, pour évaluer son propre rendement. À la fin, les étudiants ont suggéré des "révisions" et ont recommandé l'adoption de certains changements fondés sur un ensemble de principes sociotechniques élaborés par Albert Cherns et d'autres auteurs d'ouvrages traitant ce sujet. Même s'il faut souligner le fait que les étudiants ne sont pas des experts-conseils professionnels spécialisés dans le secteur hospitalier, la fraîcheur d'esprit avec laquelle ils ont abordé leur travail, alliée à l'enthousiasme et à l'application dont ils ont fait preuve, les a amenés à proposer un certain nombre de recommandations judicieuses et valables. Les cinquantehuit rapports issus de ces travaux sur le terrain ont constitué une autre source fiable de données sur les préoccupations actuelles en milieu hospitalier. Tous les services des hôpitaux participants ont reçu un exemplaire de ces rapports.

Aux fins de la présente enquête, et conformément au troisième volet du programme de Travail Canada visant les hôpitaux, un grand nombre de personnes appartenant à toutes les catégories d'emplois en milieu hospitalier (administrateurs, médecins, infirmières, personnel para-médical, personnel de soutien, personnel de bureau, représentants syndicaux, etc.) ont été interrogées. Chaque entrevue, tout comme la vérification préliminaire de chacun des questionnaires, a entraîné d'autres révisions, entre autres à Montréal et dans

certaines villes où s'étaient déroulés les ateliers sur la qualité de la vie au travail. Par la suite, le produit final qu'a donné l'enquête en cinq parties composée de cent quatre-vingt-quatorze questions a été codé, traduit en français pour les répondants du Québec et expédié partout au pays au mois d'avril 1983.

Le taux élevé de participation dans tous les hôpitaux du Canada, associé au fait qu'un grand nombre d'administrateurs d'hôpitaux ont pris la peine de joindre au questionnaire des documents dactylographiés dans lesquels ils décrivent leurs préoccupations et les changements qu'ils ont apportés à leur établissement, démontrent clairement que l'enquête a atteint l'objectif visé, soit de regrouper les hôpitaux de toutes les provinces dans le but commun de cerner les problèmes qui s'y posent et de partager les solutions qu'on y a apportées.

Il convient de remercier tout particulièrement certaines personnes qui ont largement contribué à l'enquête et au rapport sur l'enquête. Qu'il nous soit permis de mentionner les noms de Mesdames Audrey E. Bean et Carolyn Ordowich, directrices adjointes du Groupe-conseil sur la qualité de la vie au travail de l'université McGill, qui ont dispensé des conseils judicieux et sensés tout au long du projet, ceux de Monsieur Roger Gosselin, professeur et directeur du département de l'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal qui nous a fait part de ses impressions et de ses commentaires éclairés, de Monsieur Charles Cappell, professeur de sociologie à l'université McGill, qui nous a aidés à formuler les questions, de Monsieur Henry Rono et de Mesdames Anne-Rose Goldin et Bernice Wolanski, tous trois adjoints à la recherche dévoués et enthousiastes, qui ont fait équipe pour effectuer diverses tâches dont le traitement, la programmation et l'analyse des données. Enfin, nos remerciements s'adressent à Monsieur Gérard Neray du département de traduction de l'université McGill et à Madame Maryse Beaulieu, responsables de la traduction, ainsi qu'à Madame Marianna Horvath qui a transposé la version définitive du rapport sur un appareil de traitement de textes.

INTRODUCTION

En avril 1983, les questionnaires de l'enquête ont été expédiés à trois cent quatre-vingt-douze hôpitaux du Canada, soit à tous ceux inscrits dans l'Annuaire des hôpitaux du Canada de 1982, dont la capacité déclarée se situe à cent cinquante lits ou plus. Le taux de réponse a été de l'ordre de 57 pour cent, ce qui constitue un échantillon de deux cent seize hôpitaux.

A. Caractéristiques de l'échantillon

a. Agrément

. Hôpitaux agréés:	176 (81,5%)
. Hôpitaux non agréés:	40 (18,5%)
Total	216 (100%)

b. Statut éducatif

. Hôpitaux d'enseignement:	62 (28,7%)
. Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement:	154 (71,3%)
Total	216 (100%)

c. Genre de soins prodigués aux patients

. Soins généraux:	154 (71,3%)
. Soins prolongés:	25 (11,6%)
. Soins destinés à des déficients mentaux*:	13 (6,0%)
. Soins psychiatriques:	24 (11,1%)
Total	216 (100%)

d. Catégorie

. Hôpital public:	211 (97,7%)
. Hôpital privé:	4 (1,9%)
. Autre:	1 (0,4%)
Total	216 (100%)

* L'Annuaire des hôpitaux du Canada ne donne pas la liste de ces établissements dans la province de Québec. Par conséquent, les établissements de cette catégorie qui ont participé à l'enquête étaient situés dans les neuf autres provinces.

e. Population servie par l'hôpital

. Moins de 10 000 habitants:	22	(10,2%)
. Entre 10 000 et 49 999 habitants:	69	(32,0%)
. Entre 50 000 et 99 999 habitants:	34	(15,7%)
. Entre 100 000 et 499 999 habitants:	42	(19,4%)
. Plus de 500 000 habitants:	49	(22,7%)
Total	216	(100%)

f. Répartition par province

Colombie-Britannique	20	(9,3%)
Alberta	16	(7,4%)
Saskatchewan	13	(6,0%)
Manitoba	10	(4,6%)
Ontario	69	(31,9%)
Québec	62	(28,7%)
Nouveau-Brunswick	7	(3,2%)
Nouvelle-Ecosse	10	(4,6%)
Île-du-Prince-Édouard	3	(1,4%)
Terre-Neuve	6	(2,8%)
Total	216	(100%)

g. Répartition selon la capacité d'accueil

Catégorie:

. de 150 à 246 lits	65	(30,1%)
. de 247 à 383 lits	65	(30,1%)
. de 383 à 2500 lits	86	(39,8%)
Total	216	(100%)

B. Description de l'enquête

L'enquête comporte deux parties. La première partie a pour but de cerner les principaux problèmes d'ordre organisationnel que connaissent les hôpitaux canadiens et d'établir un rapport entre ces problèmes et quelques-unes des caractéristiques du milieu hospitalier énoncées ci-dessus. Les problèmes d'ordre organisationnel se divisent en deux catégories distinctes reliées entre elles: a) les problèmes associés à l'attitude et au comportement des employés d'hôpitaux, et b) les problèmes associés de façon générale au rendement de l'établissement et de façon plus particulière à la qualité des soins.

La première partie de l'enquête comprend quatre questionnaires qui ont été expédiés séparément à des personnes occupant des postes différents dans un même hôpital étant donné que les connaissances de chacune de ces personnes touchent vraisemblablement différentes parties de l'organisation. Ainsi, le directeur des soins infirmiers, le directeur du personnel et le directeur général, ou leurs homologues (dans le dernier cas il peut s'agir du directeur des services

hospitaliers), ont reçu respectivement la partie I(A), la partie I(B) et la partie I(C) du questionnaire. La partie I(D), destinée aux représentants syndicaux, a été envoyée aux directeurs du personnel accompagnée d'une lettre dans laquelle on leur demandait de faire reproduire un nombre suffisant d'exemplaires du questionnaire afin que tous les représentants syndicaux de l'hôpital puissent y répondre.

Chacun des questionnaires de la première partie a donné un sous-échantillon distinct: sous-échantillon de répondants, partie I(A): 93, sous-échantillon de répondants, partie I(B): 93, sous-échantillon de répondants, partie I(C): 92 et sous-échantillon de répondants, partie I(D): 158. Toutes les données fournies par les quatre sous-échantillons de répondants ont été informatisées, à l'exception des réponses aux deux questions à développement qui ont été traitées manuellement.

Afin de garantir l'anonymat des répondants à la première partie de l'enquête, chaque hôpital s'est vu attribuer un numéro au hasard. Chacun des quatre questionnaires que recevait un hôpital portait ce numéro, ce qui a permis de regrouper les quatre sources de données à des fins de statistiques. Les responsables de l'enquête se sont engagés à faire parvenir à chaque hôpital participant un rapport fondé sur la première partie* du questionnaire qui regroupera tous les résultats sous forme de statistiques.

À la différence de la première partie, la deuxième partie de l'enquête ne comporte qu'un seul questionnaire destiné au directeur général ou à son adjoint. Les réponses à cette partie de l'enquête, qui a fourni un sous-échantillon de 97 répondants, ont été traitées manuellement. Il s'agissait de prendre connaissance des nouvelles solutions et innovations mises en application récemment dans les hôpitaux canadiens pour résoudre les problèmes d'ordre organisationnel auxquels ils font face, solutions et innovations que tous les hôpitaux participants connaîtraient par le biais d'un rapport** qui leur serait expédié ultérieurement. Par conséquent, on a demandé aux répondants de la deuxième partie d'inscrire sur le questionnaire le nom de leur hôpital afin que d'autres hôpitaux puissent demander des renseignements supplémentaires concernant les innovations qui ont été apportées avec succès. Dans le but de simplifier cet échange, chaque innovation mentionnée dans le rapport a reçu un numéro de code; ce numéro renvoie au nom, à l'adresse et au numéro de téléphone de l'hôpital en cause.

L'enquête se fonde sur les deux hypothèses sous-jacentes suivantes:

a. un hôpital est un ensemble constitué de personnes jouant chacune un rôle particulier et remplissant des fonctions précises; son fonctionnement se comprend mieux si l'on consulte les gens qui travaillent aux divers échelons de l'établissement, et c'est pourquoi les responsables de l'enquête ont élaboré cinq questionnaires distincts axés sur des tâches spécifiques;

---

* Rapport sur l'enquête nationale auprès des hôpitaux 1983, Partie un: problèmes et préoccupations.

** Rapport sur l'enquête nationale auprès des hôpitaux 1983, Partie deux: innovations et solutions.

b. les problèmes relatifs à la qualité de la vie au travail des employés d'hôpitaux ont presque toujours des répercussions générales sur le rendement d'un hôpital et plus particulièrement sur la qualité des soins; aussi des questions sur le comportement et sur l'attitude des employés ainsi que sur le rendement de l'hôpital ont été insérées dans les questionnaires.

1983

PARTIE UN: PROBLÈMES ET PRÉOCCUPATIONS

par

William A. Westley

1. OBJET DE LA PARTIE UN DE L'ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES HÔPITAUX

La première partie de l'enquête a pour but de cerner les problèmes d'ordre organisationnel auxquels font face les hôpitaux canadiens. Les questions de l'enquête concernant ces problèmes se divisent en deux groupes: le groupe a) comprend les questions relatives à l'attitude et au comportement des employés, deux facteurs reliés à la motivation de ces derniers; le groupe b) comprend les questions portant de façon générale sur les divers aspects du rendement de l'hôpital et plus particulièrement sur la qualité des soins prodigués aux patients. Ce sont surtout les directeurs des soins infirmiers, les directeurs du personnel et les représentants syndicaux qui doivent répondre aux questions du groupe a), tandis que celles du groupe b) s'adressent principalement aux directeurs des soins infirmiers et aux directeurs généraux.

2. QUELQUES OBSERVATIONS RELATIVES À LA MÉTHODOLOGIE

L'analyse des données a été effectuée par le biais du système informatique de l'université McGill, plus précisément du SPSSX (dernière version du programme statistique des Sciences sociales). Les sous-programmes du SPSSX ont permis d'obtenir les fréquences et les tableaux croisés.

L'ensemble des données comprend quatre sous-groupes (A, B, C et D) tirés de la première partie de l'enquête. Six autres variables provenant de l'Annuaire des hôpitaux du Canada (1982) complètent l'ensemble des données. Ces variables supplémentaires englobent les données démographiques suivantes: 1) données sur l'agrément, 2) données relatives au genre de soins prodigués, 3) données sur le régime de propriété, 4) données sur la catégorie d'hôpital (hôpital public, privé, etc.), 5) données sur la capacité nominale en lits et 6) données sur le statut éducatif. Une septième variable portant sur la population servie par l'hôpital répondant a été tirée de l'Almanach canadien 1982. Deux raisons ont dicté l'ajout de ces variables aux autres facteurs de l'enquête: premièrement l'Annuaire des hôpitaux du Canada et l'Almanach canadien sont deux sources fiables, et deuxièmement, les données relatives à ces variables ne sont pas toujours faciles à retrouver dans les différentes parties de l'enquête.

Afin de pouvoir établir des tableaux croisés, les variables d'intervalles, comme les données sur la population servie et sur la capacité nominale en lits, ont été transposées en variables ordinales.

Les symboles techniques utilisés dans les tableaux sont décrits à l'annexe 3.

3. ATTITUDE ET COMPORTEMENT DE L'EMPLOYÉ

La présente section du rapport porte sur les résultats de l'enquête relatifs au degré de motivation sous-jacent au comportement des employés des hôpitaux canadiens; il s'agit de savoir d'abord jusqu'à quel point les employés se sentent engagés dans la démarche poursuivie en vue d'atteindre les objectifs fixés par l'établissement et ensuite, dans quelle mesure les employés ressentent la satisfaction d'accomplir du bon travail.

Description des tableaux 1 à 30

Afin d'éviter toute confusion dans l'interprétation des données des tableaux 1 à 30, il importe de se rappeler que la colonne "A" énonce les données tirées des questionnaires remplis par les directeurs des soins infirmiers, données relatives au degré de motivation sous-jacent au comportement des employés du groupe "A" au cours des trois dernières années. Le groupe "A" se compose de deux sous-groupes: le premier réunit les infirmières professionnelles (infirmières autorisées, infirmières psychiatriques autorisées, etc.) et le deuxième regroupe le personnel infirmier non professionnel (infirmières auxiliaires autorisées, infirmières auxiliaires, etc.). D'autre part, on retrouve dans la colonne "B" les données tirées des questionnaires remplis par les directeurs du personnel, données relatives au degré de motivation sous-jacent au comportement des employés du groupe "B" au cours des trois dernières années. Le groupe "B" se compose également de deux sous-groupes: le premier comprend le personnel de soutien médical (techniciens de laboratoires, physiothérapeutes, techniciens en radiologie, etc.) et le deuxième sous-groupe, le personnel de soutien non médical (employés affectés à l'entretien, à la buanderie et aux cuisines).

Dans certains cas, on établit une comparaison entre les données relatives aux travailleurs professionnels des hôpitaux, représentés dans les tableaux par les infirmières professionnelles et le personnel de soutien médical et les données relatives aux travailleurs non professionnels des hôpitaux, représentés dans les tableaux par le personnel infirmier non professionnel et le personnel de soutien non médical.

Un certain nombre de tableaux comportent une troisième colonne, soit la colonne "C" qui renferme les données tirées des questionnaires remplis par les représentants syndicaux, données relatives à l'attitude et au comportement de tous les groupes d'employés syndiqués, tant professionnels que non professionnels, que ces répondants représentent dans leurs hôpitaux respectifs. Toutefois, cette colonne n'est pas destinée à renseigner sur l'importance ou l'absence d'un syndicat.

3.1 Engagement des employés face aux objectifs de l'établissement

Dans la plupart des cas, les employés ne se sentent engagés face aux objectifs que s'est fixés un établissement que s'ils représentent des valeurs sociales qu'ils jugent valables et dignes de respect. Lorsque les employés ont un rôle à jouer en vue de l'atteinte des objectifs que s'est fixé l'établissement, ils ont un plus grand respect d'eux-mêmes, ils se sentent davantage valorisés et utiles. De tels sentiments constituent une grande récompense sur les plans psychologique et social et contribuent à augmenter la motivation des employés.

Un employé qui a à coeur l'atteinte des objectifs de l'hôpital ou de tout autre établissement, adopte habituellement une attitude précise et a un comportement particulier: a) il respecte les normes de travail établies, b) il collabore avec ses collègues et ses supérieurs, c) il suit les directives données

par ses collègues et ses supérieurs, lorsque c'est nécessaire, d) il accepte la responsabilité d'accomplir les tâches convenues, e) il s'acquitte, au besoin, d'autres fonctions qui ne font pas à proprement parler partie de sa description de poste et f) il accepte de temps à autre de faire des heures supplémentaires lorsque la situation l'exige. L'employé qui a un tel comportement agit ainsi non pas parce qu'il y est obligé ou parce qu'il est très obligeant, mais plutôt parce qu'il a le sentiment qu'un tel comportement est logique puisqu'il sait, premièrement que ses tâches quotidiennes sont reliées étroitement à celles de ses supérieurs et à celles de ses collègues et ensuite, que toutes les tâches accomplies convergent vers l'atteinte des objectifs puirsuivis par l'hôpital.

3.2 L'hôpital - Système sociotechnique dynamique

La mise en pratique des concepts de la qualité de la vie au travail (QVT) dans les hôpitaux sous-entend que ces établissements constituent des systèmes sociotechniques dynamiques. Ils sont:

a. des systèmes, parce qu'ils constituent des entités composées de parties et de sous-systèmes dépendant les uns des autres;

b. des systèmes sociotechniques, parce qu'ils englobent premièrement un sous-système social (soit un réseau de rôles organisationnels et de relations interpersonnelles), et deuxièmement un sous-système technique (comprenant le matériel technologique et les compétences requises pour effectuer le travail);

c. des systèmes ouverts, parce qu'ils ont des répercussions sur le milieu qui à son tour exerce une influence sur ces systèmes.

Le principe de la QVT suppose également que l'équilibre organisationnel n'est conservé que si les pouvoirs sont répartis et que le travail est partagé de façon telle que a) l'établissement devient compatible avec le milieu et b) ces deux facteurs réunis optimisent le rendement des sous-systèmes social et technique. Ainsi, comme chaque nouvelle influence extérieure a des répercussions sur l'hôpital, il faut prévoir en contrepartie un changement interne afin de ne pas perdre de vue les objectifs d'ordre organisationnel que l'on entend atteindre.

Il existe trois facteurs principaux qui ont actuellement des répercussions dans les hôpitaux; il s'agit de la place de plus en plus importante occupée par la technologie biomédicale, des besoins socio-économiques nouveaux et des projets de carrière différents de ceux des employés, ainsi que de la législation gouvernementale relative au milieu hospitalier, particulièrement les lois imposant d'importantes restrictions au niveau des budgets d'exploitation.

Face à ces influences externes, on note dans les hôpitaux l'existence d'un certain malaise qui se traduit par de l'insatisfaction de la part des employés qui se désintéressent de leur travail, par des conflits internes et du désordre, et par une baisse du rendement, de la qualité des soins et de l'efficacité.

Ces tensions appellent un changement; c'est pourquoi un grand nombre d'établissements hospitaliers du monde industriel occidental procèdent actuellement à une réévaluation des lieux de travail et tendent à redéfinir les

diverses tâches et l'autorité exercée dans leur établissement. Le concept de la qualité de la vie au travail constitue un courant important au sein de cette vague de changements. Diverses catégories d'entreprises, par exemple des bureaux, des usines, des bureaux gouvernementaux, des écoles et des hôpitaux, constatent que le concept de la qualité de la vie au travail constitue une bien meilleure façon d'assurer un "équilibre" entre la structure de l'organisme, les besoins et les exigences des personnes et de la technologie d'une part, et l'utilité de l'organisme dans son milieu d'autre part. Un grand nombre d'entre eux mettent actuellement sur pied de nouvelles structures qui s'apparentent habituellement aux "systèmes sociotechniques dynamiques" dans le but d'améliorer cet équilibre.

Plus que tout autre genre d'entreprises, les hôpitaux ont connu au cours des années un essor important, en même temps que s'accentuait la complexité de leur structure. Les hôpitaux sont des établissements à coefficient de main-d'oeuvre très élevé (plus de 70 pour cent de leur budget ordinaire est consacré aux salaires). Ils sont continuellement mis en présence de revendications provenant d'employés jeunes et très instruits. De plus, comme l'assurance médicale offre de plus en plus d'avantages, et que l'appui accru des gouvernements se fait de plus en plus important au niveau des soins médicaux, les exigences du public à l'égard des services hospitaliers atteignent des proportions inimaginables en même temps que celui-ci prend de plus en plus conscience de ses droits. L'hôpital, considéré depuis toujours comme étant un milieu très traditionnel, se devait de trouver, et ce de toute urgence, de nouvelles structures pour s'adapter aux changements marqués qu'il vit. Il va sans dire que les hôpitaux ont fait des efforts en ce sens soit en embauchant des spécialistes d'autres disciplines qui ont reçu une formation dans les domaines des relations avec le personnel, du contrôle de la qualité, de la gestion des risques, etc., soit en élaborant d'autres genres de programmes pratiquement inexistants il y a vingt-cinq ans et s'adressant aussi bien aux patients qu'aux employés.

3.3 Questionnaire et étude

C'est pour tenter de connaître comment les hôpitaux canadiens subissent ces changements que le Groupe-conseil sur la qualité de la vie au travail de l'université McGill, en collaboration avec Travail Canada, a mené une enquête auprès de ces hôpitaux afin de chercher à savoir comment on y applique le concept de la qualité de la vie au travail. Chaque hôpital a reçu quatre groupes de questionnaires correspondant à quatre catégories d'emploi différentes. Toutefois, les questions clés sont reprises dans différents questionnaires.

Les questions se subdivisent en deux groupes principaux: les questions portant sur l'attitude et le comportement de l'employé, et celles portant sur les signes de mauvais fonctionnement sur le plan organisationnel et de détérioration des soins. En ce qui a trait à ce dernier groupe de questions, malgré toutes les garanties d'anonymat, la plupart des répondants ont hésité à fournir des renseignements pouvant ternir la réputation de leur hôpital; ils craignaient manifestement de signaler des augmentations au chapitre, par exemple, des erreurs de diagnostic, du nombre de dossiers médicaux égarés, du nombre de radiographies égarées, des erreurs relatives à la composition des régimes alimentaires, du manque de communication, du nombre de décès, des réactions

allergiques, des complications opératoires, des complications post-opératoires (infections, pneumonies, phlébites, etc.) et enfin du nombre de suicides à l'hôpital. En général, les répondants n'indiquaient aucun changement dans ces domaines ou signalaient une amélioration. À notre avis, un grand nombre d'entre eux ont fait preuve d'une certaine réserve, car ces résultats diffèrent de ceux qu'ont donné les études de cas et les vérifications effectuées au préalable.

Bien que nous espérions que les réponses plutôt prudentes aux questions les plus délicates soient exactes, des doutes subsistent dans notre esprit. Dans d'autres genres d'entreprises, l'anxiété ressentie par les employés s'exprime de diverses manières par un mauvais rendement de l'organisation dans son ensemble: travail de qualité médiocre, coûts excessifs, gaspillage, conflits entre les services et désordre. Pourquoi en serait-il autrement dans les hôpitaux?

D'autre part, nous apprécions la franchise dont ont fait preuve les répondants en ce qui a trait aux questions sur l'attitude et le comportement des employés. On y fait état des nombreux problèmes relatifs à la qualité de la vie au travail auxquels doivent faire face les hôpitaux. Ces problèmes semblent toucher le plus souvent les non-professionnels, plus particulièrement le personnel de soutien non médical (employés affectés à l'entretien, au ménage, à la buanderie, etc.).

Ainsi, le présent rapport porte plus particulièrement sur les réponses aux questions qui renseignent sur l'attitude et le comportement des employés plutôt que sur les réponses aux questions portant sur l'organisation de l'hôpital, étant donné que l'on n'a relevé, dans la plupart des cas, "aucun changement" à cet égard.

3.3.1 Indicateurs du comportement des employés

Six questions adressées aux directeurs des soins infirmiers et aux directeurs du personnel avaient pour but de connaître l'opinion de ces derniers sur les changements qui ont pu marquer le comportement des employés au cours des trois dernières années (on a utilisé dans le questionnaire le terme "attitude").

Ces questions visaient quatre groupes d'employés:

a. les infirmières professionnelles (infirmières autorisées, infirmières diplômées, etc.);

b. le personnel infirmier non professionnel (infirmières auxiliaires diplômées, aides-infirmières, infirmières auxiliaires, etc.);

c. le personnel de soutien médical (personnel travaillant en radiologie, personnel de laboratoire, personnel travaillant en physiothérapie, etc.);

d. le personnel de soutien non médical (personnel affecté à l'entretien, à la buanderie, au ménage, etc.).

En général, les réponses des directeurs des soins infirmiers et des directeurs du personnel ne dénotent pas de changement, ou sinon très peu, pour les trois premiers groupes au cours des trois dernières années, mis à part quelques exceptions, par exemple une amélioration sensible chez les infirmières en ce qui a trait au respect des normes relatives aux soins infirmiers.

C'est probablement parce que les trois premiers groupes (infirmières professionnelles, personnel infirmier non professionnel et personnel de soutien médical) sont guidés par des codes professionnels et par l'éthique de leur profession qu'ils démontrent un engagement aussi marqué envers leur travail. Par contre, on ne peut en dire autant du personnel de soutien non médical; les directeurs du personnel ont signalé chez ce dernier groupe un intérêt beaucoup plus mitigé face à l'hôpital et à ses objectifs en ce qui a trait aux facteurs suivants: respect des normes de travail, empressement à collaborer avec ses collègues et ses supérieurs, empressement à assumer la responsabilité d'exécuter les tâches requises, empressement à suivre les directives de ses collègues et de ses supérieurs, empressement à remplir d'autres fonctions qui ne font pas spécifiquement partie de sa description de poste, et enfin, empressement à faire des heures supplémentaires. Nous constatons que bon nombre de directeurs du personnel ont remarqué un affaiblissement, plutôt qu'un affermissement de l'engagement des employés face au travail de l'hôpital et à l'atteinte de ses objectifs.

Dans les hôpitaux d'enseignement ce comportement est plus manifeste, et il existe sur le plan statistique des différences importantes en ce qui a trait au fléchissement de l'engagement des employés, entre les hôpitaux d'enseignement et les autres hôpitaux. Ces différences sont dues probablement au fait que les hôpitaux d'enseignement sont plus grands, que leur structure est plus complexe, et que la bureaucratisation y est plus marquée que dans les autres hôpitaux. Les travailleurs d'aujourd'hui œuvrant au sein d'une bureaucratie technocratique réagissent de la même manière et manifestent de l'indifférence et du désintéressement face à leur travail. Le fait que les employés ne s'empressent plus autant de faire des heures supplémentaires ou de remplir des fonctions qui ne font pas partie de leur description de poste constituent des indicateurs particulièrement valables pour juger de leur degré d'indifférence et de désintéressement. Les directeurs du personnel possèdent habituellement des données sérieuses sur ces indicateurs; on peut donc supposer qu'il ne s'agit pas ici d'une opinion personnelle.

Revoyons maintenant une à une les six questions accompagnées des résultats de l'enquête.

(1) Respect des normes de soins établies

Le tableau 1 donne le pourcentage de directeurs des soins infirmiers et de directeurs du personnel qui ont indiqué que le respect des normes de travail a diminué, est demeuré stable ou a augmenté au cours des trois dernières années. On remarque qu'en ce qui concerne le personnel de soutien non médical, un pourcentage plus élevé des directeurs ont noté une diminution plutôt qu'une augmentation du respect des normes. Bien qu'elle ne soit pas considérable, il existe une différence entre les diverses catégories d'employés.

Tableau 1

Respect des normes de soins établies

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières* professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	13,0	13,3	7,7	20,4
Aucun changement	23,9	47,8	63,7	63,4
Augmentation	63,0	38,9	28,6	16,1
	100%	100%	100%	100%
	(n=92)	(n=90)	(n=91)	(n=93)

*Le groupe peut comprendre des hommes aussi bien que des femmes.

(2) Empressement à collaborer avec ses collègues et ses supérieurs

Le tableau 2 indique que la majorité des directeurs des soins infirmiers et des directeurs du personnel n'ont constaté aucun changement dans l'empressement que démontre le personnel à collaborer avec ses collègues ou ses supérieurs. Il existe un équilibre entre le pourcentage d'hôpitaux qui ont connu des augmentations et le pourcentage d'hôpitaux qui ont rapporté des diminutions à cet égard.

Tableau 2

Empressement à collaborer avec ses collègues et ses supérieurs

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	25,8	21,1	14,4	21,5
Aucun changement	48,4	60,0	65,6	61,3
Augmentation	25,8	18,9	20,0	17,2
	100%	100%	100%	100%
	(n=93)	(n=90)	(n=90)	(n=93)

Notons cependant que lorsque les données s'appliquant au personnel de soutien non médical font l'objet d'une comparaison tenant compte de la nature de l'établissement (hôpital d'enseignement ou autre), le nombre de directeurs signalant une diminution de l'empressement de ce groupe d'employés à collaborer avec ses collègues et ses supérieurs est nettement plus élevé dans le cas des hôpitaux d'enseignement (voir le tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3

Empressement à collaborer avec ses collègues et ses supérieurs (Personnel de soutien non médical - Statut éducatif de l'hôpital)

Réponses	Hôpitaux d'enseignement	Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement
Diminution	32,3	16,1
Aucun changement	67,7	58,1
Augmentation	—	25,8
	100%	100%
	(n=31)	(n=62)
x^2 = 10,82	d.f. = 2 P = 0,01	V de Cramer = 0,34

On remarque que dans les hôpitaux d'enseignement 32,3 p. 100 des directeurs du personnel ont noté une diminution de l'empressement du personnel de soutien non médical à collaborer avec ses collègues et avec ses supérieurs, et qu'aucun directeur du personnel n'a signalé d'augmentation à cet égard. On remarque également que le chi-carré est important et que l'association entre les divers facteurs est très marquée.

(3) Empressement à suivre les directives de ses collègues et de ses supérieurs

Ici encore, on remarque que la proportion des directeurs des soins infirmiers qui ont signalé une diminution plutôt qu'une augmentation à l'égard de cet indicateur est sensiblement la même pour toutes les catégories d'emplois, sauf pour le personnel de soutien non médical. Les directeurs du personnel, dans une proportion supérieure au double, ont indiqué que ce groupe d'employés a démontré moins d'empressement qu'auparavant à suivre les directives de ses collègues et de ses supérieurs (voir le tableau 4).

Tableau 4

Empressement à suivre les directives de ses collègues et de ses supérieurs

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	20,4	14,4	14,4	24,7
Aucun changement	57,0	68,9	74,4	64,5
Augmentation	22,6	16,7	11,1	10,8
	100%	100%	100%	100%
	(n=93)	(n=90)	(n=90)	(n=93)

En comparant à cet égard les hôpitaux d'enseignement et ceux ne dispensant pas d'enseignement, on constate une augmentation extrêmement importante du pourcentage des directeurs du personnel qui font état, dans le cas du personnel de soutien non médical, d'une diminution de l'empressement à suivre les directives de ses collègues et de ses supérieurs. Notons également que le chi-carré est important et l'association marquée (voir le tableau 5 ci-dessous).

Tableau 5

Empressement à suivre les directives de ses collègues et de ses supérieurs (Personnel de soutien non médical - Statut éducatif de l'hôpital)

Réponses	Hôpitaux d'enseignement	Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement
Diminution	41,9	16,1
Aucun changement	58,1	67,7
Augmentation	—	16,1
	100%	100%
	(n=31)	(n=62)

$x^2 = 10,8$ d.f. = 2 P = 0,004 V de Cramer = 0,34

(4) Empressement à assumer ses responsabilités

C'est uniquement dans le cas des infirmières professionnelles que la proportion de directeurs rapportant un regain de l'empressement à assumer ses responsabilités est plus forte, bien que l'écart ne soit pas très grand entre la diminution et l'augmentation, ce qui donne à penser qu'il y a eu peu de changements à cet égard. Toutefois, les directeurs du personnel ont signalé, dans une proportion supérieure à trois contre un, que l'empressement à assumer ses responsabilités a fléchi chez le personnel de soutien non médical, ce qui signifie que la tendance que manifeste cette catégorie d'employés à s'engager de moins en moins dans son travail ne fait que s'accentuer (voir le tableau 6 ci-dessous).

Tableau 6

Empressement à assumer ses responsabilités

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	23,7	23,3	11,2	22,6
Aucun changement	47,3	55,6	70,8	71,0
Augmentation	29,0	21,1	18,0	6,5
	100%	100%	100%	100%
	(n=93)	(n=90)	(n=89)	(n=93)

Quant à la comparaison entre les hôpitaux d'enseignement et ceux ne dispensant pas d'enseignement (voir le tableau 7), nous constatons qu'une proportion considérable des directeurs du personnel des hôpitaux d'enseignement est d'avis que le personnel de soutien non médical a démontré moins d'empressement qu'auparavant à assumer ses responsabilités.

Nous remarquons ici encore que le chi-carré est élevé et que l'association est marquée.

Tableau 7

Empressement à assumer ses responsabilités
(Personnel de soutien non médical - Statut éducatif de l'hôpital)

Réponses	Hôpitaux d'enseignement	Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement
Diminution	35,5	16,1
Aucun changement	64,5	74,2
Augmentation	—	9,7
	100%	100%
	(n=31)	(n=62)
x^2 = 6,70	d.f. = 2	P = 0,03 V de Cramer = 0,27

(5) Empressement à s'acquitter de fonctions qui ne font pas spécifiquement partie de la description de poste

Cette question a pour but de vérifier si les employés définissent différemment leurs obligations face à leurs tâches. Ont-ils le sentiment de devoir faire tout ce qu'on leur demande et abattre le plus de besogne possible, ou bien pensent-ils n'avoir à accomplir que les tâches précisées dans leur description de poste et qu'ils se sont spécifiquement engagés à exécuter? Cette question est cruciale pour le milieu hospitalier où les situations imprévues (par exemple les urgences) sont fréquentes, car ces situations peuvent exiger que les employés remplissent des fonctions qui n'apparaissent pas dans leur description de poste, mais qui sont essentielles au bien-être des patients.

Le tableau 8 démontre que pour une grande proportion des hôpitaux, les directeurs des soins infirmiers et les directeurs du personnel ont noté que le personnel en général est plus réticent à remplir des fonctions qui ne font pas spécifiquement partie de sa description de poste. Nous soulignons le fait que 60,2 p. 100 des directeurs des soins infirmiers et 45,6 p. 100 des directeurs du personnel ont rapporté à cet égard un fléchissement en ce qui concerne respectivement les infirmières et le personnel de soutien non médical (voir le tableau 8).

Tableau 8

Empressement à s'acquitter des fonctions qui ne font pas spécifiquement partie de la description de poste

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	60,2	44,4	33,3	45,2
Aucun changement	32,3	45,6	55,6	46,2
Augmentation	7,5	10,0	11,1	8,6
	100%	100%	100%	100%
	(n=93)	(n=90)	(n=90)	(n=93)

Il semblerait, selon le tableau 8, que certains changements s'opèrent dans le milieu de travail hospitalier et que l'ensemble de la société adopte de nouvelles attitudes vis-à-vis du travail. De nos jours, un plus grand nombre de travailleurs savent qu'ils sont liés par un contrat syndical et ils s'y conforment. Un plus grand nombre de travailleurs ressentent de l'hostilité envers les hôpitaux qui les emploient, par conséquent ils ne sont pas disposés à exécuter une tâche à laquelle ils ne sont pas tenus en vertu de leur contrat, ou pour laquelle ils ne sont pas spécifiquement rémunérés.

De nouveau, nous remarquons qu'une proportion beaucoup plus grande des directeurs du personnel des hôpitaux d'enseignement, par rapport à ceux des hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement, ont signalé que le personnel de soutien non médical est de plus en plus réticent à s'acquitter de fonctions qui ne font pas partie de sa description de poste (voir le tableau 9).

Tableau 9

Empressement à s'acquitter de fonctions qui ne font pas spécifiquement partie de la description de poste
(Personnel de soutien non médical - Statut éducatif de l'hôpital)

Réponses	Hôpitaux d'enseignement	Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement
Diminution	64,5	35,5
Aucun changement	32,3	53,2
Augmentation	3,2	11,3
	100%	100%
	(n=31)	(n=62)
x^2 = 7,38	d.f. = 2	P = 0,02 V de Cramer = 0,28

Nous remarquons qu'une majorité importante (64,5 p. 100) des directeurs du personnel notent une diminution de l'empressement que montrent les employés à s'acquitter de fonctions supplémentaires. Notons également que le chi-carré est élevé, et que l'association est marquée.

(6) Empressement à faire des heures supplémentaires

On remarque de plus en plus de nos jours que les Canadiens détestent faire des heures supplémentaires, et qu'ils préfèrent consacrer plus de temps à leur vie privée. Nous pouvons attribuer cette tendance au fait que moins le travail apporte de satisfaction, plus les loisirs vécus en famille et en société deviennent satisfaisants. De plus, il est probable que plus les gens deviennent exigeants, moins le monde du travail semble pouvoir répondre à leurs attentes.

Le tableau 10 indique qu'une grande partie des directeurs des soins infirmiers et des directeurs du personnel des hôpitaux canadiens ont noté que le personnel est moins disposé à faire des heures supplémentaires. Cette constatation étaye l'hypothèse selon laquelle les travailleurs accordent plus d'importance à leur vie privée qu'à leur travail.

Tableau 10

Empressement à faire des heures supplémentaires

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	27,2	29,2	20,0	30,1
Aucun changement	62,0	52,8	68,9	57,0
Augmentation	10,9	18,0	11,1	12,9
	100%	100%	100%	100%
	(n=92)	(n=89)	(n=90)	(n=93)

Si nous tenons compte du statut éducatif des hôpitaux, nous remarquons encore une fois qu'une forte proporrion des directeurs du personnel des hôpitaux d'enseignement signalent un moins grand empressement de la part du personnel de soutien non médical à faire des heures supplémentaires (voir le tableau 11 ci-dessous).

Tableau 11

Empressement à faire des heures supplémentaires (Personnel de soutien non médical - Statut éducatif de l'hôpital)

Réponses	Hôpitaux d'enseignement	Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement
Diminution	48,4	21,0
Aucun changement	41,9	64,5
Augmentation	9,7	14,5
	100%	100%
	(n=31)	(n=62)
x^2 = 7,38	d.f. = 2 P = 0,02	V de Cramer = 0,28

Nous remarquons au tableau 11 que 48,4 p. 100 des directeurs du personnel des hôpitaux d'enseignement notent une diminution de l'empressement que montrent les employés à faire des heures supplémentaires comparativement à 9,7 p. 100 de ces derniers qui ont signalé une augmentation à cet égard. Notons

également que le rapport entre le premier groupe de directeurs du personnel indiquant un empressement moindre à faire des heures supplémentaires et le statut éducatif de l'hôpital est important, correspondant alors à un niveau de probabilité de 0,02 et à un V de Cramer de 0,28.

Remarques:

a. Dans les secteurs d'activité pour lesquels il n'existe aucune norme relativement au comportement professionnel (particulièrement dans le cas du personnel de soutien non médical, comme les employés de la buanderie, par exemple), on constate une atténuation générale de l'intérêt vis-à-vis des buts de l'hôpital. C'est probablement le code d'éthique professionnelle qui a empêché les autres groupes de changer d'attitude; leur empressement n'a pas changé d'une manière significative (sauf pour "les exigences rattachées au poste" comme les heures supplémentaires ou l'exécution de tâches qui ne font pas spécifiquement partie de la description de poste).

b. En outre, on constate dans le cas des exigences rattachées au poste que l'on ne peut lier à un code d'éthique professionnelle, comme les heures supplémentaires et l'exécution de tâches qui ne font pas spécifiquement partie de la description de poste, que toutes les catégories d'employés, y compris celle des infirmières professionnelles, démontrent un empressement moindre à se conformer à ces exigences. Cette attitude reflète clairement les changements qui caractérisent les relations de travail dans le secteur hospitalier et traduit un refus, de la part de toutes les catégories d'employés, de s'engager face aux buts poursuivis par l'hôpital.

c. Enfin, cette réaction négative du personnel de soutien non médical est beaucoup plus forte dans les hôpitaux d'enseignement que dans ceux ne dispensant pas d'enseignement. Il ne faut pas se surprendre d'une telle manifestation de tension, car les hôpitaux d'enseignement doivent faire preuve d'une plus grande souplesse face au changement, aux progrès technologiques et aux exigences de la collectivité. Les statistiques relatives au personnel de soutien non médical indiquent que, dans les hôpitaux d'enseignement, on éprouve beaucoup de difficulté à susciter, chez cette catégorie d'employés, un engagement face à leur de travail. Pourtant, ce sont là des établissements pour lesquels des normes élevées et un engagement ferme de la part de tous les employés (et non pas seulement des employés les plus instruits) sont absolument nécessaires pour pouvoir remplir le rôle de chef de file qui leur est dévolu auprès de l'ensemble de la communauté médicale. Nous assistons donc à la conjonction d'un engagement moins ferme, de dépenses probablement plus élevées et de contraintes assurément plus senties.

3.3.2 Attentes et doléances des employés

Une autre série de questions porte sur les doléances formulées par les employés au sujet de leur travail: le manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions, le manque de possibilités d'apprendre de nouvelles techniques, le

manque de possibilités d'avancement, le manque de respect mutuel et d'appui entre collègues, la monotonie du travail, le manque de signification du travail. Un grand nombre d'organismes cherchent à améliorer ces conditions de travail. Nous avons demandé aux répondants, en l'occurence aux directeurs des soins infirmiers, aux directeurs du personnel et aux représentants syndicaux, à quelle fréquence (souvent, parfois ou jamais) les diverses catégories d'employés ont présenté ce genre de doléances.

La majorité des répondants ont indiqué que les employés de toutes les catégories d'emplois ont formulé (parfois ou souvent) des plaintes concernant ces sujets. Cette conclusion fait ressortir deux points importants: 1) le courant de révolution qui marque le monde du travail, issu du fait que le travail doit répondre à des attentes toujours plus nombreuses, prend manifestement de plus en plus d'ampleur dans les hôpitaux, et 2) la majorité des employés estiment qu'il est tout à fait légitime de se plaindre lorsque le travail ne répond pas à leurs attentes. Il s'agit là d'un changement important par rapport aux genres de plaintes, dites légitimes, formulées dans le monde du travail traditionnel et dont on tenait souvent compte dans le contrat de travail: plaintes ayant trait aux abus de pouvoir, aux salaires, aux nombres d'heures de travail, à la santé et à la sécurité ainsi qu'à d'autres conditions de travail. Il est bien évident que les employés eux-mêmes ont élargi leur définition de l'expression "satisfaction tirée du travail" et que, pour pouvoir tirer une certaine satisfaction de leur travail, il faut que ce dernier subisse certaines modifications.

Une deuxième conclusion ressort du questionnaire, c'est le fait que la majorité des représentants syndicaux rapportent que les travailleurs se plaignent souvent du manque d'autonomie (53,5 p. 100) et du manque de possibilités d'avancement (50 p. 100). En outre, une grande proportion d'entre eux (41,7 p. 100) signalent que les employés se plaignent souvent du manque de possibilités d'apprendre de nouvelles techniques.

Enfin, une troisième conclusion s'en dégage: le pourcentage des directeurs des soins infirmiers rapportant que les infirmières se plaignent de la monotonie de leur travail est beaucoup moins élevé dans les petits hôpitaux généraux et les petits hôpitaux d'enseignement que dans les autres catégories d'hôpitaux. Il semble bien que les infirmières fassent un travail plus intéressant dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux généraux, et, tout bien considéré, dans les établissements moins importants.

(7) Plaintes concernant le manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions

La majorité des directeurs des soins infirmiers et des directeurs du personnel ont la nette impression que même si les employés de toutes les catégories d'emplois se sont plaints du manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions, ils ne l'ont pas fait souvent. Par contre, les représentants syndicaux sont d'un tout autre avis: des cent quatre-vingt-cinq chefs syndicaux participants, 52,5 p. 100 affirment que les travailleurs se plaignent souvent du manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions. Il est donc assez difficile d'interpréter ces données. Peut-être les travailleurs se sont-ils plaints plus souvent aux chefs syndicaux qu'aux directeurs, ou bien les réponses de ces derniers sont-elles plus loin de la vérité.

Tableau 12

Plaintes concernant le manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel		C Représentants syndicaux
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical	Groupe C
Souvent	14,3	19,8	8,7	12,9	53,5
Parfois	61,5	63,7	64,1	68,8	37,8
Jamais	24,2	16,5	27,2	18,3	8,6
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=91)	(n=91)	(n=92)	(n=93)	(n=185)

Lorsque nous comparons les rapports des directeurs des soins infirmiers concernant les doléances des infirmières professionnelles à la densité de population desservie par l'hôpital, nous constatons une augmentation proportionnelle significative du nombre de directeurs faisant part de plaintes formulées par ces dernières quant au manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions. Ainsi, les infirmières des grands centres urbains exigent vraisemblablement plus d'autonomie que les infirmières des petites municipalités.

Tableau 13

Plaintes concernant le manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions (Infirmières - Densité de population desservie par l'hôpital)

	POPULATION DESSERVIE				
Réponses	10 000	de 10 000 à 49 999	de 50 000 à 99 999	de 100 000 à 499 999	500 000
Souvent	10,0	10,0	21,4	30,4	--
Parfois	90,0	50,0	71,4	47,8	65,2
Jamais	—	40,0	7,1	21,7	34,8
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=10)	(n=20)	(n=14)	(n=23)	(n=23)

x^2 = 18,23 d.f. = 8 P = 0,02 Statistique Gamma = 0,14

Il faut remarquer que 40 p. 100 des directeurs des soins infirmiers dans les petites municipalités ont signalé que les infirmières ne se plaignent jamais du manque d'occasions de pouvoir prendre des décisions, et que 10 p. 100 d'entre eux seulement affirment le contraire. Toutefois, 30 p. 100 des directeurs des soins infirmiers dans les grands centres urbains ont fait part des nombreuses plaintes formulées à ce sujet, tandis que 21 p. 100 d'entre eux indiquent que les infirmières ne s'en plaignent jamais. Le niveau de probabilité s'élève à 0,02, associé à une statistique Gamma de 0,14.

(8) Plaintes concernant le manque de possibilités d'apprendre de nouvelles techniques

La possibilité de parfaire sa formation constitue, depuis bon nombre d'années, un élément essentiel à la qualité de la vie pour la majorité des Nord-Américains. En effet, ces derniers consacrent beaucoup de temps à la formation autodidacte ou à la poursuite de cours. Les travailleurs apprécient qu'un tel avantage soit rattaché à leur emploi.

Selon le tableau 14, tous les répondants signalent que les travailleurs se plaignent du manque de possibilités d'apprendre; cependant, seuls les représentants syndicaux indiquent massivement (41 p. 100) que les travailleurs s'en plaignent souvent.

Tableau 14

Plaintes concernant le manque de possibilités d'apprendre de nouvelles techniques

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel		C Représentants syndicaux
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical	Groupe C
Souvent	5,5	14,3	5,5	7,5	41,7
Parfois	71,4	62,6	59,3	69,9	47,4
Jamais	23,1	23,1	35,2	22,6	10,9
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=91)	(n=91)	(n=91)	(n=93)	(n=192)

(9) Plaintes concernant le manque de possibilités d'avancement

Comme pour les autres indicateurs, les répondants ont affirmé que les travailleurs de toutes les catégories d'emploi ont formulé des plaintes à cet égard. Ici encore, seuls les représentants syndicaux ont signalé, dans une forte proportion (50 p. 100), que les travailleurs s'en sont plaint souvent (voir le tableau 15).

Tableau 15

Plaintes concernant le manque de possibilités d'avancement

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel		C Représentants syndicaux
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical	Groupe C
Souvent	15,4	24,4	10,9	9,7	50,0
Parfois	67,0	56,7	62,0	72,0	39,4
Jamais	17,6	18,9	27,2	18,3	10,6
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=91)	(n=90)	(n=92)	(n=93)	(n=188)

(10) Plaintes concernant le manque de respect mutuel et d'appui entre collègues

Exception faite du personnel de soutien médical, c'est-à-dire du personnel chargé des soins para-médicaux, les répondants ont indiqué sans équivoque que les travailleurs de toutes les catégories d'emplois ont formulé des plaintes à cet égard. Cependant, parmi les répondants, seuls les chefs syndicaux signalent dans une forte proportion que les travailleurs ont souvent formulé ce genre de plaintes (voir le tableau 16).

Tableau 16

Plaintes concernant le manque de respect mutuel et d'appui entre collègues

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel		C Représentants syndicaux
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical	Groupe C
Souvent	6,6	13,2	5,5	10,8	25,1
Parfois	73,6	68,1	50,5	75,3	56,7
Jamais	19,8	18,7	44,0	14,0	18,1
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=91)	(n=91)	(n=91)	(n=93)	(n=187)

Bien que la majorité des répondants aient rapporté que les employés d'hôpitaux se sont plaints du manque de respect mutuel et d'appui entre collègues, seule une faible proportion d'entre eux, à l'exception des représentants syndicaux, ont affirmé que les employés s'en sont plaint souvent. Cela est surprenant étant donné que dans ce genre d'établissements traditionnels les travailleurs accordent une importance toute particulière au respect mutuel et à l'appui entre collègues, et considèrent qu'il s'agit là d'une caractéristique importante de leur travail. On pourrait alors croire que la majorité des travailleurs se respectent et s'appuient mutuellement, et qu'en conséquence, ils ne se plaignent pas souvent du contraire.

Dans le cas du personnel de soutien non médical, la fréquence des plaintes formulées à cet égard semble plus marquée dans les hôpitaux servant de grandes villes. Plus la densité de population servie par l'hôpital est forte, plus la proportion de directeurs du personnel signalant des plaintes fréquentes à cet égard est élevée.

Tableau 17

Plaintes concernant le manque de respect mutuel et d'appui entre collègues (Personnel de soutien non médical - Densité de population servie par l'hôpital)

	POPULATION DESSERVIE				
Réponses	10 000	de 10 000 à 49 999	de 50 000 à 99 999	de 100 000 à 499 999	500 000
Souvent	—	5,7	—	10,0	28,6
Parfois	50,0	85,7	91,7	75,0	57,1
Jamais	50,0	8,6	8,3	15,0	14,3
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=4)	(n=35)	(n=12)	(n=20)	(n=21)

$x^2 = 15,84$ d.f. = 8 P = 0,04 V de Cramer = 0,28

Ces données sont difficiles à interpréter étant donné qu'il n'existe aucune comparaison statistique en ce qui concerne le statut éducatif de l'hôpital et sa taille. Nous émettons une hypothèse qui pourrait être examinée plus à fond, à savoir que les travailleurs des hôpitaux des grands centres urbains ont tendance à faire preuve d'un esprit calculateur et d'indépendance face à leur travail, et à refuser de respecter et d'appuyer leurs collègues. Il s'agit là d'une simple spéculation, tout à fait sans fondement.

(11) Plaintes concernant la monotonie du travail

Au tableau 18, nous remarquons que les employés de toutes les catégories d'emplois, à l'exception du personnel de soutien médical, se plaignent souvent ou parfois de la monotonie de leur travail. Il est intéressant de noter une conclusion inattendue, c'est-à-dire que le nombre de directeurs des soins infirmiers indiquant que les infirmières se plaignent de la monotonie de leur travail croît avec la taille de l'hôpit l, et que ce nombre est également plus élevé dans les hôpitaux d'enseignement que dans ceux ne dispensant pas d'enseignement.

Cela tient probablement davantage aux attentes des employés face à leur travail plutôt qu'à la nature même de ce travail. D'autres études révèlent que les travailleurs plus âgés exigent en général moins de leur travail parce qu'ils en attendent moins de satisfaction. Par conséquent, les plaintes concernant la monotonie du travail peuvent refléter les attentes de plus en plus grandes des travailleurs face à leur emploi et elles peuvent indiquer que ceux-ci n'en seront pas satisfaits tant que les postes qu'ils occupent ne subiront pas de changement ou ne présenteront ni variété ni défi.

Tableau 18

Plaintes concernant la monotonie du travail

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel		C Représentants syndicaux
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical	Groupe C
Souvent	4,4	17,4	1,1	10,8	21,2
Parfois	59,3	58,7	52,2	73,1	58,5
Jamais	36,3	23,9	46,7	16,1	20,2
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=91)	(n=91)	(n=92)	(n=93)	(n=188)

Le tableau 19 indique une correpondance entre la taille de l'hôpital et la proportion des directeurs des soins infirmiers qui font part de plaintes formulées par les infirmières professionnelles concernant la monotonie de leur travail.

Tableau 19

Plaintes concernant la monotonie du travail
(Infirmières professionnelles - Capacité nominale en lits en 1982)

	Capacité nominale en lits		
Réponses	de 132 à 246	de 247 à 382	de 383 à 2500
Souvent	8,0	3,8	2,6
Parfois	40,0	53,8	76,9
Jamais	52,0	42,3	20,5
	100%	100%	100%
	(n=25)	(n=26)	(n=39)

$x^2 = 9,45$ d.f. = 4 P = 0,05 Statistique Gamma = -0,35

Le tableau 19 indique que le rapport entre la proportion des directeurs des soins infirmiers rapportant des plaintes concernant la monotonie du travail de la part des infirmières professionnelles et la capacité nominale en lits des hôpitaux est très net, si l'on considère le niveau de probabilité qui s'élève à 0,05 et la statistique Gamma qui est de l'ordre de 0,35.

Le tableau 20 illustre un rapport entre la proportion des directeurs des soins infirmiers rapportant des plaintes concernant la monotonie du travail de la part des infirmières professionnelles et le statut éducatif des hôpitaux.

Tableau 20

Plaintes concernant la monotonie du travail
(Infirmières professionnelles - Statut éducatif de l'hôpital)

Réponses	Hôpitaux d'enseignement	Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement
Souvent	—	6,7
Parfois	76,7	51,7
Jamais	23,3	41,7
	100%	100%
	(n=30)	(n=60)
x^2 = 5,97	d.f. = 2	P = 0,05 V de Cramer = 0,26

(12) Plaintes concernant le manque de signification du travail

Autrefois, rares étaient ceux qui exigeaient que leur travail ait une signification ou qu'il soit utile. Aujourd'hui, on exige de plus en plus souvent qu'un bon emploi comporte ces caractéristiques. En d'autres termes, les employés veulent apporter leur contribution à l'organisme employeur, ils désirent être utiles et souhaitent voir leurs efforts donner des résultats concrets. Ce sont ces attentes qui sont à l'origine des plaintes formulées à l'égard du manque de signification du travail.

Le tableau 21 présente une analyse de la perception des directeurs du personnel, des directeurs des soins infirmiers et des représentants syndicaux en ce qui a trait à ce genre de plaintes. Ici encore, la majorité des répondants a indiqué que les employés se sont plaints d'un tel état de chose.

Tableau 21

Plaintes concernant le manque de signification du travail

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel		C Représentants syndicaux
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical	Groupe C
Souvent	8,8	13,2	4,4	6,5	19,0
Parfois	65,9	68,1	46,2	73,1	57,1
Jamais	25,3	18,7	49,5	20,4	23,9
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=91)	(n=91)	(n=91)	(n=93)	(n=184)

Conclusion

Dans les hôpitaux, comme dans toute entreprise moderne, les travailleurs plus jeunes et plus instruits sont plus exigeants face à leur travail; ils sont portés à vouloir en retirer des satisfactions différentes de celles que recherchaient leurs aînés. Par conséquent, ils se lassent des emplois traditionnels trop spécialisés, axés sur la production et faisant l'objet d'une surveillance étroite, car ces emplois ne laissent aucune place à l'autonomie, à la possibilité d'apprendre, à la mobilité et au sentiment d'importance et d'utilité qui s'y rattache. Il n'est donc pas surprenant de constater que les répondants, dans la majorité des cas, ont indiqué que les travailleurs formulent des plaintes touchant ces aspects de leur travail.

Il faut donc conclure que si les emplois ne s nt pas restructurés de manière à mettre en valeur les compétences des travailleurs et à leur donner le sentiment que leur opinion est prise en considération, ils deviendront vite insatisfaits de leur travail, qu'ils accompliront avec moins d'efficacité. Ces travailleurs seront par le fait même moins enclins à offrir leurs services et à prendre des responsabilités, ce qui aur des répercussions fort coûteuses dans le milieu hospitalier.

3.3.3 Indicateurs spécifiques relatifs à la qualité de la vie au travail

On peut également se renseigner sur la qualité de la vie au travail dans les hôpitaux en posant une série de questions sur des sujets considérés comme étant des indicateurs d'insatisfaction au travail, à savoir le nombre de blessures subies par les membres du personnel dans l'exercice de leurs fonctions, les sommes versées chaque année au titre de l'assurance-salaire, le nombre de

plaintes formulées par le personnel au sujet des repas, le nombre de plaintes concernant la tension associée aux conditions de travail, le nombre de griefs liés aux contrats de travail et le nombre de cas soumis à l'arbitrage.

our chacun de ces indicateurs et pour chaque catégorie d'employés, nous constatons qu'une proportion beaucoup plus importante dans chaque catégorie de répondants ont rapporté une détérioration de la situation. Dans un grand nombre de cas, la majorité des répondants ne rapportent aucun changement. Cependant, le fait qu'une très forte proportion de directeurs des soins infirmiers et de directeurs du personnel aient indiqué une augmentation dans le cas de ces indicateurs signifie qu'il existe un cert in sentiment d'insatisfaction (plus marqué dans des secteurs d'activités particuliers), face à la qualité de la vie au travail.

On note tout particulièrement les faits suivants:

a. le pourcentage élevé (41,1 p. 100) de directeurs des soins infirmiers des hôpitaux généraux soulignant une augmentation du nombre de griefs présentés par les infirmières;

b. le pourcentage élevé (50 p. 100) de directeurs du personnel des hôpitaux d'enseignement indiquant une augmentation du nombre de blessures subies par le personnel de soutien non médical dans l'exercice de ses fonctions; et

c. le rapport étroit (chi-carré = 12,9; P supérieur à 0,01; V de Cramer = 0,30) entre la proportion de directeurs du personnel indiquant une augmentation des symptômes de tension et le pourcentage de ces mêmes directeurs signalant une augmentation des sommes versées au titre de l'assurance-salaire (absentéisme).

(13) Sommes versées annuellement au titre de l'assurance-salaire

Les sommes versées au titre de l'assurance-salaire constituent un indicateur valable et fiable du taux d'absentéisme. Le tableau 22 indique que les directeurs des soins infirmiers et les directeurs du personnel ont indiqué dans une proportion beaucoup plus grande que les sommes versées à cet ég rd avaient augmenté, ce qui sous-entend que le taux d'absentéisme s'est accru dans un grand nombre d'hôpitaux au cours des trois dernières années.

Tableau 22

Sommes versées annuellement au titre de l'assurance-salaire (congés de maladie payés)

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	10,8	7,3	10,1	9,0
Aucun changement	50,8	47,3	48,1	46,2
Augmentation	38,5	45,5	41,8	44,9
	100%	100%	100%	100%
	(n=65)	(n=55)	(n=79)	(n=78)

Le tableau 23 fait état d'un rapport très étroit (niveau de probabilité supérieure à 0,01) entre le nombre de directeurs des soins infirmiers indiquant une augmentation des sommes versées au titre de l'assurance-salaire et la population servie par l'hôpital.

Tableau 23

Sommes versées annuellement au titre de l'assurance-salaire (congés de maladie payés)

	POPULATION SERVIE				
Réponses	10 000	de 10 000 à 49 999	de 50 000 à 99 999	de 100 000 à 499 999	500 000
Diminution	57,1	6,7	—	5,6	7,1
Aucun changement	28,6	40,0	72,7	61,1	42,9
Augmentation	14,3	53,3	27,3	33,3	50,0
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=7)	(n=15)	(n=11)	(n=18)	(n=14)

$x^2 = 21,53$ d.f. = 8 P = 0,01 V de Cramer = 0,41

(14) Plaintes concernant la quantité et la qualité de la nourriture servie aux employés

Bien qu'il s'agisse là d'un indicateur d'insatisfaction plus faible, qui peut refléter une baisse réelle de la qualité de la nourriture imputable à des restrictions budgétaires, le nombre de plaintes formulées à cet égard par les employés de toutes les catégories d'emplois a augmenté au cours des trois dernières années, si l'on en croit les réponses des directeurs.

Tableau 24

Plaintes concernant la quantité et la qualité de la nourriture servie aux employés

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	10,8	6,7	6,8	7,9
Aucun changement	66,2	69,3	73,9	77,5
Augmentation	23,0	24,0	19,3	14,6
	100%	100%	100%	100%
	(n=74)	(n=75)	(n=88)	(n=89)

(15) Rapports des membres du personnel sur les symptômes particuliers reliés à la tension associée aux conditions de travail

La présente rubrique porte sur des symptômes tels que la tension, l'anxiété et l'insomnie. Le tableau 25 montre qu'une proportion beaucoup plus forte de directeurs du personnel et de directeurs des soins infirmiers ont signalé que ces symptômes se sont manifestés plus fréquemment au cours des trois dernières années. De fait, seul un nombre infime d'entre eux ont signalé une diminution à cet égard. L'apparition de la tension au travail traduit probablement aussi une certaine insatisfaction.

Tableau 25

Rapports des membres du personnel sur les symptômes particuliers reliés à la tension associée aux conditions de travail

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	—	—	—	1,2
Aucun changement	64,8	77,5	73,1	69,1
Augmentation	35,2	22,5	26,9	29,6
	100%	100%	100%	100%
	(n=71)	(n=71)	(n=78)	(n=81)

Nous constatons qu'il existe un rapport très étroit entre les sommes versées annuellement au titre de l'assurance-salaire et le nombre de rapports présentés par le personnel au sujet des symptômes déjà énoncés, lorsque nous comparons le pourcentage de directeurs des soins infirmiers et de directeurs du personnel qui indiquent des augmentations à cet égard. Une très forte corrélation s'établit entre l'augmentation des sommes versées au titre de l'assurance salaire (taux d'absentéisme accru) et le nombre plus élevé de rapports présentés par le personnel sur les conditions de travail engendrant de la tension. Rien n'est plus logique. En effet, plus le travail crée de tensions, plus les travailleurs cherchent à s'en évader. Le moyen le plus simple est de prendre des congés de maladie, ce qui naturellement contribue à accroître les sommes versées au titre de l'assurance-salaire.

Le tableau 26 illustre ce rapport à la fois significatif et très marqué.

Tableau 26

Rapports des membres du personnel sur les symptômes particuliers reliés à la tension associée aux conditions de travail (Personnel de soutien non médical - sommes versées annuellement au titre de l'assurance-salaire)

	Sommes versées annuellement au titre de l'assurance-salaire		
Réponses	**Diminution**	**Aucun changement**	**Augmentation**
Diminution	--	3,1	--
Aucun changement	85,7	87,5	53,1
Augmentation	14,3	9,4	46,9
	100%	100%	100%
	(n=7)	(n=32)	(n=32)
x^2 = 12,92	d.f. = 4	P = 0,01	V de Cramer = 0,30

(16) Blessures subies par le personnel dans l'exercice de ses fonctions (blessures au dos, piqûres, brûlures causées par la chaleur ou par des produits chimiques, entorses, etc.)

La proportion de directeurs des soins infirmiers et de directeurs du personnel qui signalent une augmentation du nombre de blessures citées ci-dessus est beaucoup plus importante que celle de directeurs qui en rapportent une diminution, bien que la majorité d'entre eux n'indiquent aucun changement. Ces données peuvent signifier que dans beaucoup d'hôpitaux, les répondants ont constaté une recrudescence de ce genre de blessures. Si cet indicateur se révèle valable, cela signifie que les travailleurs sont soumis à des tensions plus fortes, qu'ils sont plus négligents ou encore qu'ils se plaignent davantage. La sécurité a longtemps été associée à la mesure dans laquelle le travailleur assume des responsabilités et à l'attitude positive qu'il adopte envers son travail. De fait, on constate que le nombre d'accidents diminue dans la mesure où l'attitude positive des travailleurs s'accentue. Ainsi, le nombre de blessures mentionné dans le présent rapport constitue un indicateur valable des sentiments des travailleurs face à leur travail.

Tableau 27

Blessures subies par le personnel dans l'exercice de ses fonctions (Blessures au dos, piqûres, brûlures causées par la chaleur ou par des produits chimiques, foulures, etc.)

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	11,0	7,8	8,3	10,5
Aucun changement	58,5	59,7	72,6	59,3
Augmentation	30,5	32,5	19,0	30,2
	100%	100%	100%	100%
	(n=82)	(n=77)	(n=84)	(n=86)

Lorsque nous considérons le statut éducatif des hôpitaux tout en nous limitant au personnel de soutien non médical (qui semble le plus touché par cet indicateur), nous constatons qu'une très forte proportion des directeurs du personnel des hôpitaux d'enseignement font part d'un nombre accru des blessures mentionnées ci-dessus (50 p. 100). Nous remarquons une différence importante entre les hôpitaux d'enseignement et ceux ne dispensant pas d'enseignement ainsi qu'un rapport étroit entre les variables (voir le tableau 28 ci-dessous).

Tableau 28

Nombre de blessures subies par le personnel dans l'exercice de ses fonctions (Personnel de soutien non médical - Statut éducatif de l'hôpital)

Réponses	Hôpitaux d'enseignement	Hôpitaux ne dispensant pas d'enseignement
Diminution	3,8	13,3
Aucun changement	46,2	65,0
Augmentation	50,0	21,7
	100%	100%
	(n=26)	(n=60)

$x^2 = 7,46$ d.f. = 2 P = 0,02 V de Cramer = 0,29

(17) Griefs et cas soumis à l'arbitrage

Deux autres indicateurs, soit le nombre de griefs liés aux contrats de travail et le nombre de cas soumis à l'arbitrage et issus de griefs non réglés, renseignent sur la qualité de la vie au travail dans les hôpitaux. Un nombre imposant de directeurs des soins infirmiers et de directeurs du personnel ont rapporté une augmentation des griefs au cours des trois dernières années. Ces rapports font état principalement des griefs présentés par les infirmières et par le personnel de soutien non médical. Une augmentation du nombre de griefs signifie d'abord que les problèmes liés aux contrats de travail n'ont pas été réglés à la satisfaction de l'employé et de son supérieur et ensuite, que le nombre de ces problèmes a augmenté.

Lorsqu'un grief est soumis à l'arbitrage, cela signifie qu'il n'a pas été réglé. De nouveau, nous constatons que la proportion de directeurs des soins infirmiers et de directeurs du personnel rapportant une augmentation du nombre de cas soumis à l'arbitrage est plus forte dans le cas des infirmières et du personnel de soutien non médical.

Tableau 29

Nombre de griefs liés aux contrats de travail (Infirmières professionnelles - Catégorie d'hôpital)

	Catégorie d'hôpital			
Réponses	Hôpital général	Hôpital de soins prolongés	Établissement pour déficients mentaux	Hôpital psychiatrique
Diminution	7,1	12,5	50,0	--
Aucun changement	51,8	75,0	50,0	92,3
Augmentation	41,1	12,5	--	7,7
	100%	100%	100%	100%
	(n=56)	(n=8)	(n=2)	(n=13)

x^2 = 14,66 d.f. = 6 P = 0,02 V de Cramer = 0,30

Tableau 30

Cas soumis à l'arbitrage et issus de griefs non réglés

	A Directeurs des soins infirmiers		B Directeurs du personnel	
Réponses	Infirmières professionnelles	Personnel infirmier non professionnel	Personnel de soutien médical	Personnel de soutien non médical
Diminution	9,2	2,8	7,1	7,1
Aucun changement	72,4	91,5	81,0	72,9
Augmentation	18,4	5,6	11,9	20,0
	100%	100%	100%	100%
	(n=76)	(n=71)	(n=84)	(n=85)

Conclusion

Les résultats du présent rapport démontrent qu'au cours des trois dernières années, la qualité de la vie au travail dans les hôpitaux canadiens s'est détériorée, comme le prouve l'augmentation notée à l'égard des indicateurs suivants: tension, taux d'absentéisme, insatisfaction et désintéressement.

4. CONCLUSIONS

Comme nous l'avons déjà mentionné dans l'introduction du présent ouvrage, les entreprises et les établissements de tous genres dans notre société moderne ressentent les contraintes qu'imposent les progrès de la technologie, les attentes des travailleurs et les exigences d'un milieu de plus en plus complexe.

Les hôpitaux peuvent être tout particulièrement vulnérables face à ce genre de contraintes, étant donné qu'ils ont pris une envergure colossale, que le coefficient de main-d'oeuvre y est très élevé et que le milieu exige énormément d'eux.

Les résultats de l'enquête donnent à penser que les symptômes associés à de telles contraintes sont de plus en plus marqués dans les hôpitaux canadiens. On remarque, plus particulièrement chez les travailleurs dont la conduite n'est pas guidée par une éthique ou un code professionnel, des signes d'insatisfaction à l'égard du travail et un taux d'absentéisme élevé.

Les hôpitaux font face à ces problèmes en apportant un grand nombre d'innovations d'ordre organisationnel: ils recrutent des experts dans le domaine du développement des ressources humaines, ils essaient de former des équipes, etc. La partie deux du présent rapport décrit certaines des innovations que l'on met actuellement à l'essai dans des hôpitaux canadiens.

Les contraintes et l'insatisfaction notées indiquent que les hôpitaux se doivent de repenser leurs systèmes de travail de telle sorte que les travailleurs en retirent de la satisfaction et que l'établissement puisse s'adapter facilement aux changements technologiques et répondre aux exigences du milieu. Au sein d'un certain nombre de bureaux et d'usines, ainsi que de ministères du gouvernement, on a modifié pour le mieux la conception de la qualité de la vie au travail. Administrateurs, surveillants et travailleurs de tous les coins du globe ont étudié, puis repensé leur mode de travail, ce qui s'est traduit par une amélioration sensible du rendement et un sentiment de satisfaction accrue des travailleurs. Nous avons toutes les raisons de croire que les innovations fondées sur une conception sociotechnique et destinées à répondre aux besoins des hôpitaux peuvent améliorer de façon importante la qualité de la vie au travail.

Les résultats de l'enquête montrent clairement que les hôpitaux canadiens ont besoin de tels programmes, particulièrement ceux qui doivent se tenir à la fine pointe du progrès, comme les hôpitaux d'enseignement et les grands hôpitaux urbains. Les organismes responsables doivent offrir aux hôpitaux la possibilité de déterminer leurs propres besoins, d'étudier des exemples de changements utiles et d'entreprendre des innovations en tenant compte tout aussi bien de la technologie que des responsabilités propres à chacun d'entre eux.

1983

PARTIE DEUX: INNOVATIONS ET SOLUTIONS

par

Joan Kahn

AVANT-PROPOS

Les innovations mises de l'avant dans les hôpitaux (innovations internes) ainsi que celles qui font appel à la participation d'un ou de plusieurs établissements de soins de santé du même secteur (innovations inter-hospitalières) semblent témoigner des efforts déployés en réponse aux pressions exercées par le milieu. Aussi, un certain nombre d'innovations citées dans la première section sont ci-après décrites par rapport au milieu, c'est-à-dire en tenant compte de la nature des pressions exercées par le milieu.

Un deuxième groupe d'innovations, bien qu'issues directement ou indirectement des pressions exercées par le milieu, sont classées puis décrites dans un contexte organisationnel, c'est-à-dire en tenant compte de la nature des changements organisationnels qu'elles illustrent. Elles font l'objet de la deuxième section.

La troisième section décrit les innovations illustrant la perception qu'ont certains hôpitaux du rapport indispensable entre la satisfaction que retirent les employés de leur travail et le rendement de l'établissement. Il s'agit de politiques et de programmes nouveaux centrés sur les problèmes ou les besoins du personnel.

Enfin, la quatrième section réunit toutes les innovations citées illustrant les principes suivants de la qualité de la vie au travail: 1) collaboration entre le syndicat et la direction, 2) valorisation des tâches, formation parallèle et polyvalence et 3) activités pluridisciplinaires à divers échelons.

Remarques:

a. Dans certains cas, les innovations mises de l'avant par un hôpital sont mentionnées dans plus d'une section lorsqu'elles touchent deux catégories différentes et qu'elles appartiennent aussi bien à l'une qu'à l'autre. Par exemple, on retrouve le poste d'"infirmière préposée à la lutte contre l'infection" dans la première section sous la rubrique "Contrôle de la qualité" et, dans la deuxième section, sous la rubrique "Nouveaux postes".

b. Chacune des innovations citées est suivie de chiffres entre parenthèses qui constituent pour le lecteur un renvoi correspondant aux nom, adresse et numéro de téléphone de chaque hôpital qui nous en a fait part. L'annexe I donne la liste des hôpitaux rapportant des innovations; chaque hôpital est identifié par son propre numéro et par un code indiquant la catégorie d'hôpital (G = hôpital général; SP = hôpital de soins prolongés; DM = établissement pour déficients mentaux et P = hôpital psychiatrique).

c. Outre les innovations signalées par les répondants dans la deuxième partie de l'enquête, il faut tenir compte des innovations indiquées dans la première partie. Afin de garantir l'anonymat quant aux questions de la première partie, nous avons omis d'indiquer, pour

chacune des innovations rapportées, les noms des hôpitaux respectifs; nous les caractérisons plutôt à l'aide d'un symbole (I) qui les différencie des innovations de la deuxième partie.

d. D'autre part, l'astérisque (*) signifie que l'innovation mentionnée fait l'objet d'une description détaillée à la section quatre du présent rapport portant sur les innovations mettant en application les valeurs et les concepts associés à la qualité de la vie au travail.

e. Seul le souci de clarté et de concision nous a amenés à changer la phraséologie et le vocabulaire utilisés par les répondants pour décrire les innovations.

SECTION UN

INNOVATIONS CLASSÉES SELON LA NATURE DES PRESSIONS EXERCÉES PAR LE MILIEU

1. LÉGISLATION GOUVERNEMENTALE IMPOSANT AUX HÔPITAUX DES RESTRICTIONS BUDGÉTAIRES IMPORTANTES

Les hôpitaux canadiens ont, presque unanimement, invoqué la nécessité de réduire leurs coûts. Il s'agit là d'un facteur stimulant grandement la mise en oeuvre d'innovations de tous genres. Toutefois, les répondants ont insisté sur la question de la rentabilité en ce qui a trait aux innovations suivantes:

1.1 Comités, services, programmes et postes généraux destinés à réduire les coûts

- Comité du contrôle du budget. (8.4)
- Programme de restriction budgétaire. (9.5)
- Comité de sensibilisation aux coûts. (3.6; 9.7)
- Comité de rentabilité. (3.8)
- Programme de rentabilité. (6.8)
- Comité de la gestion des coûts. (8.35)
- Comité de restriction des coûts. (3.3)
- Service de vérification interne. (7.3)
- Comité pluridisciplinaire (personnel administratif, médical et technique, présidé par le directeur des finances).* (8.7)
- Comité pluridisciplinaire de révision de l'utilisation du matériel et des ressources.* (4.5)
- Plan de récupération destiné à réduire les dépenses budgétaires de 5 p. 100. (9.8)
- Commis au contrôle du budget. (6.8)

1.2 Comités ou programmes spécifiques destinés à réduire les coûts

- Comité de l'énergie. (5.3)
- Programme de gestion de l'énergie. (5.7)

---

* Tous les éléments suivis d'un astérisque sont repris à la section quatre portant sur les innovations mettant en application les valeurs et les concepts associés à la qualité de la vie au travail.

- Comité du matériel. (1.3)
- Comité des utilisateurs de la buanderie. (1.3)
- Comité de la préparation des menus. (10.4)
- Comité de l'évaluation des produits. (1.3; 5.3; 10.4)
- Comité de l'évaluation des produits et des fournitures. (9.7)

1.3 Création de sections spéciales dans les établissements de soins de courte durée

Afin de tirer le maximum des ressources humaines et technologiques disponibles, les malades chroniques sont maintenant regroupés plutôt que d'être dispersés dans les différents services d'un hôpital, comme c'était le cas auparavant. Ceci permet de libérer les lits des services de soins de courte durée, de même que le personnel qui y est affecté; les malades chroniques peuvent donc bénéficier d'un service de réadaptation plus efficace. (3.3; 6.9; 8.3).

1.4 Méthodes de classification des patients

Dans la mesure où les méthodes de classification des patients visent à les regrouper selon la quantité de soins à prodiguer, elles démontrent que l'hôpital est conscient de la nécessité de répartir judicieusement les ressources humaines coûteuses (infirmières, etc.) afin de dispenser les services nécessaires de la façon la plus rentable qui soit. Quatre hôpitaux ont innové en ce sens. (4.5; 5.3; 5.7; 6.5).

1.5 Unités de soins de jour

Les hôpitaux canadiens ont signalé dans une grande proportion la mise sur pied d'unités de soins de jour, à titre d'innovation se justifiant a) par le besoin de réduire les coûts et b) par la pénurie de lits dans les hôpitaux. On a les exemples suivants:

- Chirurgie d'un jour. (2.1; 2.4; 2.5; 4.4; 5.2; 5.3; 8.35; 8.7)
- Soins psychiatriques de jour. (4.2; 5.3; 7.6; 8.0)
- Soins gériatriques de jour. (6.4; 10.1)
- Soins pédiatriques de jour. (3.2; 8.1)
- Soins de réadaptation de jour (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie). (3.7)
- Unité de dialyse espacée. (4.3)
- Soins de jour aux diabétiques. (6.0)

1.6 Mesures spécifiques de réduction des coûts

- Changement radical apporté au système de chauffage en vue d'économiser de l'énergie et aussi de bénéficier des avantages offerts par la législation relative à la machinerie permanente. (10.2)

- Remplacement du système de chauffage au mazoute par un système de chauffage au bois. (9.0)

- Changement de marque de pellicules à radiographie permettant de réduire le budget de l'hôpital de 30 000 $. (4.8)

- Passage du système de préparation des aliments à chaud au système de préparation des aliments à froid. (9.0)

- Utilisation de plateaux jetables dans les services des soins infirmiers en vue de réduire le personnel. (4.5)

- Modification du système de distribution des fournitures à partir du dépôt central de fournitures: système d'échange des chariots remplacé par le système de "remplissage" qu'utilisent les employés du dépôt central de fournitures qui servent les unités des soins infirmiers. Cette innovation a permis d'éviter de commander trop de fournitures et d'enrayer le gaspillage. (6.8)

- Élimination du déjeuner à la cantine. Peu de gens utilisaient ce service depuis l'installation de machines distributrices de toutes sortes. (8.35).

1.7 Partage de poste

- Le groupe d'employés visé n'a pas été précisé. (5.7)

2. SOINS À LA FINE POINTE DU PROGRÈS ASSURÉS PAR LA TECHNOLOGIE MODERNE

La prolifération du matériel technologique au cours des trente dernières années a eu d'importantes répercussions sur les organismes de tous genres. Pour emboîter le pas au progrès, les hôpitaux se sont procuré du matériel technologique à usage biomédical et non médical et ont élaboré un programme de formation en cours d'emploi afin que le personnel puisse acquérir les connaissances techniques requises pour l'utiliser.

2.1 Innovations touchant la technologie biomédicale

2.1.1 Nouvelles structures organisationnelles

Afin de suivre les progrès réalisés dans le domaine de la technologie biomédicale, les hôpitaux ont mis sur pied divers services, laboratoires et sections, et créé de nouveaux postes. En voici des exemples:

- Service de génie biomédical. (6.6)
- Service de transplantation de la moëlle osseuse. (8.4)
- Service de soins cardiopulmonaires. (5.3)
- Clinique de cardiologie spécialisée pour les patients portant un cardiostimulateur: service de vérification de la tension nerveuse, service d'échographie, service de vérification des moniteurs Holter et clinique réservée aux porteurs de cardiostimulateurs. (4.8)
- Service de surveillance technique en clinique. (7.1)
- Service de tomographie par ordinateur. (5.3)
- Service d'échographie. (5.3)
- Laboratoire destiné à l'étude des effets de la présence de corps étrangers dans l'organisme. (9.6)
- Service de médecine nucléaire. (9.6)
- Service d'inhalothérapie. (7.8; 8.0)
- Comité de cybernétique.* (8.35)
- Directeur des ressources techniques responsable de la coordination des ressources techniques biomédicales (4.7)

2.1.2 Achats récents d'appareils à usage biomédical

Les administrateurs d'hôpitaux devaient, dans le cadre de l'enquête, énumérer les appareils à usage biomédical (utilisés pour faire des diagnostics, pour prodiguer des soins thérapeutiques ou de réadaptation) achetés par leur hôpital respectif ces cinq dernières années. Les renseignements suivants sont tirés des quatre-vingt-dix-sept réponses obtenues:

- Gyroscan: acquis par un hôpital. (4.2)
- Tomodensitomètre: acquis par 23 hôpitaux. (1.0; 1.2; 1.3; 1.5; 1.7; 1.8; 3.1; 3.29; 4.3; 4.5; 4.8; 5.2; 5.3; 5.7; 5.8; 6.2; 7.1; 7.4; 8.2; 8.3; 8.35; 8.4; 8.8)

- Matériel à ultrasons: acquis par 37 hôpitaux. (1.2; 1.6; 1.8; 1.9; 2.2; 2.5; 2.9; 3.3; 3.5; 3.7; 4.4; 4.5; 4.9; 5.0; 5.1; 5.2; 5.7; 5.8; 6.1; 6.7; 7.0; 7.2; 7.5; 7.6; 7.7; 7.9; 8.6; 8.9; 9.0; 9.5; 9.6; 9.7; 9.8; 9.9; 10.0; 10.2)

- Matériel de radioscopie: acquis par 12 hôpitaux. (1.1; 1.9; 2.2; 2.5; 2.7; 3.0; 3.2; 3.29; 7.2; 8.0; 8.5; 8.8)

- Gamma-caméra: acquise par 11 hôpitaux. (1.8; 2.7; 3.0; 3.1; 3.3; 4.8; 5.1; 6.0; 7.9; 9.6; 9.9; 10.3)

- Appareil à rayon laser: acquis par un hôpital. (9.0)

- Matériel de radiothérapie utilisé en oncologie: acquis par deux hôpitaux. (3.29; 8.4)

- Accélérateur linéaire: acquis par un hôpital. (6.3)

2.2 Innovations touchant la technologie non médicale

2.2.1 Technologie informatique

Plusieurs hôpitaux ont déclaré avoir créé des comités, des directions, des services et des postes nouveaux qui font appel à la technologie informatique.

- Comité de cybernétique.* (8.35)

- Comité directeur de l'informatique. (6.8)

- Services informatiques. (8.4)

- Service de l'élaboration des systèmes informatiques. (3.2)

- Service de coordination de l'informatique. (4.7)

- Conseiller en informatique. (6.8)

- Groupe d'étude du traitement de textes. (8.35)

Les administrateurs devaient préciser s'ils utilisaient des ordinateurs et, le cas échéant, à quelles fins. Nous avons reçu quatre-vingt- quinze (95) réponses à cette question; quatre-vingt-huit (88) répondants (92,6 p. 100) ont affirmé qu'ils utilisaient des ordinateurs pour remplir au moins l'une des tâches suivantes.

- Planification des admissions et des départs: 16 hôpitaux. (16,9 p. 100)

- Planification des interventions chirurgicales: trois hôpitaux. (3,2 p. 100)

- Planification des rendez-vous avec les médecins: trois hôpitaux. (3,2 p. 100)

- Traitement des archives médicales: 31 hôpitaux. (32,6 p. 100)

- Traitement des ordonnances pharmaceutiques: 13 hôpitaux. (13,7 p. 100)

- Traitement de la paye des employés: 83 hôpitaux. (87,4 p. 100)

- Traitement des comptes à payer et des comptes à recevoir: 76 hôpitaux. (80 p. 100)

- Contrôle des stocks du matériel et de fournitures: 54 hôpitaux. (56,8 p. 100)

- Analyses biochimiques: 40 hôpitaux. (42,1 p. 100)

- Analyses hématologiques: 37 hôpitaux. (38,9 p. 100)

- Technologie diagnostique: 34 hôpitaux. (35,9 p. 100)

- Technologie thérapeutique: huit hôpitaux. (8,4 p. 100)

- Contrôle du matériel: 30 hôpitaux. (31,6 p. 100)

- Liaison directe avec un ordinateur satellite: 33 hôpitaux. (34,7 p. 100)

2.2.2 **Télécommunications, téléavertisseurs, etc.**

a. Télécommunications

- Le système d'interconnection hospitalier remplace le système Bell. (9.0)

- Le système téléphonique P.B.X. 701 a été remplacé dans l'ensemble de l'hôpital par le système informatisé SL-1. (6.8)

b. Autres

- Le système de diffusion publique sert la résidence et tous les bâtiments rattachés à l'hôpital; l'installation électrique a été modifiée pour pouvoir entendre l'orgue, les enregistrements et la cloche d'appel dans des occasions spéciales. (6.8)

- Téléavertisseurs-radios mobiles. (6.8)

- Système d'interconnection hospitalier informatisé. (6.8, 9.0)

- Système de dictée central. (6.8)

2.3 Formation en cours d'emploi

- Les hôpitaux ont créé des services ou des programmes d'éducation et de formation afin que leur personnel reçoive la formation et acquière les connaissances nécessaires pour prodiguer des soins à la fine pointe du progrès. Ces services ou ces programmes se classent en deux groupes: 1) les services et programmes généraux, et 2) les services et programmes spéciaux.

2.3.1 Services et programmes généraux

- Service responsable des programmes d'éducation. (6.4, 6.5)

- Formation en cours d'emploi. (8.9)

- Service responsable des programmes d'éducation et du perfectionnement du personnel. (8.1)

- Programme de formation du personnel. (6.7; 9.6; 9.7)

2.3.2 Services et programmes spéciaux

- Formation en tomographie par ordinateur.* (4.8)

- Programme de form tion en réanimation. (6.6, 6.8)

- Programme de récupération de la documentation pharmaceutique. (4.8)

- Programme de soins infirmiers critiques. (7.1)

- Éducation spécialisée à l'intention des infirmières et des aides-infirmières. (8.4)

3. INNOVATIONS RÉSULTANT DES DIVERSES DEMANDES RÉITÉRÉES DE LA COLLECTIVITÉ

Les citoyens qui habitent les secteurs servis par les hôpitaux savent qu'ils ont le droit de recevoir 1) des services de qualité, 2) des services appropriés à leur état, 3) des services fournis en fonction de leurs problèmes spécifiques, qu'ils soient d'ordre physique, psychique ou social, et 4) des services qui répondent à des besoins particuliers, par exemple, soins gériatriques, réadaptation et surveillance, soins palliatifs, éducation spécialisée, etc.

3.1 Demandes relatives à des services de qualité faisant appel à une technologie et à des connaissances spécifiques

Les innovations relatives au contrôle de la qualité occupent une place importante parmi toutes celles qui ont été signalées. On note la création de comités, de services, de programmes et de postes nouveaux dont le but principal est d'élaborer des moyens d'évaluation des divers secteurs d'activités reliés aux soins prodigués à l'hôpital. Plusieurs innovations citées dans ce domaine ont trait aux secteurs suivants:

- Lutte contre l'infection.
- Contrôle de la distribution, de l'usage ou des effets des médicaments.
- Contrôle des méthodes spéciales utilisées en médecine, en chirurgie et dans les situations d'urgence.
- Contrôle des services para-médicaux ou des services de soutien spéciaux.

3.1.1 Innovations d'ordre général relatives au contrôle de la qualité

Comités:

- Comité de vérification du service administratif.* (7.0)
- Comité du contrôle de la qualité. (9.7)
- Comité d'évaluation des traitements (soins infirmiers). (8.7)

Service:

- Service du contrôle de la qual té. (3.6; 5.2)

Programme:

- Programme d'évaluation du rendement.* (3.2)

Postes:

- Infirmière préposée à la vérification. (2.1)
- Coordonnateur du contrôle de la qualité. (5.8; 6.6; 6.7)
- Surveillant du contrôle de la qualité. (8.3)
- Agent de la planification des départs et du contrôle de la qualité.* (2.4)
- Infirmière responsable du contrôle de la qualité. (2.5; 4.9)

3.1.2 Innovations particulières relatives au contrôle de la qualité

Lutte contre l'infection:

- Programme de lutte contre l'infection. (8.0)
- Service de lutte contre l'infection. (4.8)
- Infirmière responsable de la lutte contre l'infection. (8.3)
- Médecin responsable de la lutte contre l'infection. (6.8)

Contrôle de la distribution des médicaments:

- Programme relatif aux réactions violentes aux médicaments. (4.2)
- Vérification de l'utilisation des médicaments en fonction d'un taux sérique désiré. (4.8)
- Service de pharmacodynamie clinique. (4.8)
- Service de toxicologie clinique. (4.8)
- Groupe d'étude sur l'emploi des médicaments.* (8.35)
- Programmes de distribution uni-dose des médicaments. (2.5; 2.7; 3.6; 4.3; 6.2; 6.7)

Contrôle des méthodes spéciales utilisées en médecine, en chirurgie et dans les situations d'urgence:

- Comité d'étude sur la mortalité périnatale. (7.8)
- Comité de vérification des tissus. (6.6; 7.8)
- Comité d'analyse des tumeurs. (7.8)
- Comité de réanimation. (3.1)
- Programme de réanimation. (6.8)
- Comité des soins d'urgence. (6.8)
- Équipe de réanimation. (8.35)

Contrôle de l'alimentation:

L'utilisation de plateaux spéciaux qui conservent leur chaleur aux aliments a pratiquement mis fin aux plaintes des patients à ce sujet. (7.3).

3.2 Demandes relatives à l'intégration des services se consacrant uniquement aux soins prodigués aux patients

Les innovations mises de l'avant par un certain nombre d'hôpitaux témoignent de l'effort qu'ils ont déployé pour intégrer à l'ensemble du système, les services se consacrant uniquement aux patients. Cela contribue par le fait même à améliorer la qualité des soins. Ces innovations visent: 1) à mieux traiter les plaintes formulées par les malades; 2) à améliorer les communications entre les services ayant un lien direct ou indirect avec les soins prodigués aux patients; et 3) à améliorer les relations entre les patients et les employés responsables des soins de la santé. Parmi les innovations mentionnées, bon nombre portent sur la création de comités, d'équipes pluridisciplinaires, etc., et mettent l'accent sur les principes de la qualité de la vie au travail.

Parmi les autres innovations, citons la création de postes spéciaux dont les titulaires s'intéressent à la protection des patients, et à l'organisation d'activités axées sur les droits des patients.

3.2.1 Comités, équipes, postes et autres innovations

Comités:

- Comité des services aux consommateurs (comité du Conseil des directeurs). (5.7)
- Comité d'évaluation des soins aux patients. (8.35)
- Comité des soins aux patients. (2.3; 6.8; 7.1; 7.9; 8.5; 10.4)*

Équipes:

- Équipes de planification des programmes. (3.9)
- Équipe responsable de la qualité des soins prodigués dans chaque service. (9.7)

Postes:

- Protecteur des patients. (8.3)
- Représentant des patients. (3.29; 6.7)

Autres innovations:

- Un comité spécial sur le consentement des patients a été formé en vue de réviser toutes les formules de consentement propres à l'hôpital, ainsi que les directives et les méthodes relatives aux divers genres de consentements exigés. Cette révision s'est échelonnée sur une période de deux ans et a abouti à la rédaction du Manuel sur le consentement. Le manuel donne la description de tous les genres de

consentements exigés et de la législation à laquelle ils sont assujettis, un exemple des formules révisées ainsi que les directives et les méthodes relatives aux divers genres de consentements que l'on peut exiger. Le manuel a pour but d'aider le personnel à faire face à un problème qui se pose souvent, soit celui d'obtenir du patient un consentement valide, donné en toute connaissance de cause. (4.8)

- La publication d'une "Déclaration de principes", qui constitue un guide sur les droits et les responsabilités des patients. (8.3)

3.3 Demandes de services axés sur des problèmes et des besoins spécifiques

Un grand nombre d'innovations citées par les hôpitaux canadiens font état de la création de programmes, de comités, de cliniques et de postes hautement spécialisés qui répondent à une vaste gamme de problèmes spécifiques d'ordre physique, psychologique et social.

D'autres innovations répondent à des besoins collectifs découlant de circonstances particulières au milieu, comme le vieillissement de la population et une nouvelle orientation de la structure, du rôle et des valeurs de la famille comme ceux mis de l'avant par la famille nucléaire et les familles à double revenu. Ces deux facteurs mettent en lumière des besoins précis: a) les services gériatriques, b) la réintégration rapide et efficace dans la société d'un parent malade par l'entremise de services de réadaptation et de surveillance, et c) les services de soins palliatifs pour des parents en phase terminale. Enfin, la complexité du système moderne des soins de la santé et l'importance reconnue des méthodes de prévention ont entraîné la mise sur pied de programmes d'éducation et de formation à l'intention des patients et des familles.

3.3.1 Innovations apportées en réponse à des problèmes spécifiques

Problèmes d'ordre physique:

- Programme de chimiothérapie pour traiter le cancer. (7.9)
- Cliniques dentaire et d'ophtalmologie destinées aux patients souffrant du cancer de la tête et du cou. (6.3)
- Clinique d'oncologie (chimiothérapie). (7.8)
- Clinique d'oncologie. (8.7)
- Centre de jour, oncologie. (8.35)
- Unité d'oncologie. (8.3)
- Infirmière enseignante, oncologie. (7.8)
- Infirmière de liaison, oncologie. (8.3)

- Clinique de la fibrose kystique. (5.7)
- Clinique du diabète. (10.0)
- Clinique de l'hémophilie. (5.7)
- Clinique de la sclérose en plaques et clinique de posture. (5.7)
- Clinique du psoriasis. (6.0)
- Unité des maladies tropicales. (8.4)
- Clinique d'audiologie. (7.8)
- Service d'audiologie. (8.0)
- Comité d'audiologie et d'orthophonie. (8.0)
- Programme pour les enfants sourds et programme de prévention de la surdité pour les enfants. (8.0)
- Clinique des amputés. (5.1)
- Clinique podiatrique. (5.1)
- Programme de sensibilisation aux maux de dos. (6.4)
- Clinique des maladies des voies respiratoires. (6.0)
- Clinique des yeux pour les personnes victimes de blessures aux yeux pendant la pratique d'un sport. (6.6)
- Clinique de neuro-endocrinologie. (4.7)
- Service d'otorhinolaryngologie. (1.8)
- Clinique de médecine sportive. (8.35)
- Clinique de la douleur. (1.7)
- Clinique des douleurs abdominales récurrentes. (8.35)
- Unité de vérification de la tension nerveuse. (4.4)
- Centre des brûlés, adultes. (6.6)
- Unité de soins aux brûlés. (3.6)
- Unité de soins aux brûlés. (7.1)
- Unité de soins intensifs regroupés. (8.35)
- Unité de soins intensifs. (9.3)

- Services de consultation (soins médicaux) pour soins immédiats mais non urgents (7.3)
- Unité de soins cardio vasculaires.* (8.3)
- Unité des traumatismes. (10.0)
- Programme de soutien pour grossesses présentant des risques. (3.29)
- Unité d'évaluation clinique du foetus. (3.29)
- Unité des soins néonataux intensifs. (8.3)
- Programme de périnatalité. (4.7)
- Programme de néonatalité. (5.7)

Problèmes d'ordre psychologique:

- Centre communautaire de la santé mentale. (4.5)
- Clinique pédopsychiatrique. (8.9)
- Programme de groupe pour adolescents bègues. (8.0)

Problèmes d'ordre social:

- Service d'évaluation de la toxicomanie. (3.7)
- Programme de soins de jour pour les cas d'abus de boissons alcoolisées et de drogues. (3.8)
- Comité des enfants maltraités. (7.2)
- Comité de protection de l'enfance. (8.35)
- Clinique de planification familiale. (10.0)
- Options-jeunesse (programme sur l'intoxication par les produits chimiques). (6.0)
- Groupe sur les soins prénataux pour familles monoparentales. (8.0)
- Association des mères célibataires. (8.0)

3.3.2 Innovations apportées en vue de répondre à des besoins spécifiques

Services gériatriques:

Services généraux -

- Services gériatriques. (8.2)
- Programme de services gériatriques. (10.3)
- Unité pluridisciplinaire d'évaluation du service gériatrique collectif.* (8.2)
- Unité de soins gériatriques. (8.3)
- Programme de soins gériatriques. (8.5)
- Équipe de soins gériatriques.* (8.5)
- Équipe responsable de l'évaluation des soins gériatriques. (8.4)

Services spécifiques -

- Projet d'aide destiné à permettre aux personnes âgées de vivre de façon autonome. (6.6)
- Programme de recyclage des appareils auditifs pour les personnes âgées. (8.0)

Postes spéciaux -

- Infirmière spécialiste de clinique, gériatrie. (7.3)
- Infirmière spécialiste en gériatrie. (6.4)
- Infirmière en psychogériatrie. (6.4)

Services de réadaptation et de surveillance:

Services généraux -

- Programme de physiothérapie pour patients externes. (6.8)
- Programme de réadaptation par la physiothérapie. (5.7)
- Programme de réadaptation par l'ergothérapie. (5.7)
- Comité pluridisciplinaire pour les malades pouvant bénéficier d'une réadaptation fonctionnelle.* (10.1)

Services spécifiques -

- Équipe de réadaptation pour les patients nécessitant des soins de longue durée.* (6.9)
- Service de réadaptation physique pour les malades chroniques et les patients externes. (9.2)
- Programme de réadaptation pour enfants handicapés multiples (physiothérapie, orthophonie et ergothérapie). (2.5)
- Programme d'orthophonie et d'éducation auditive pour les enfants. (8.7)
- Service d'audiologie et d'orthophonie. (8.0)
- Programme de réadaptation en audiologie. (5.7)
- Réadaptation, chirurgie plastique. (2.4)
- Alimentation parentérale totale - Programme de soins à domicile. (4.8)
- Programme de réadaptation pour les malades souffrant de problèmes respiratoires chroniques. (1.4)
- Programme de surveillance pour les asthmatiques. (8.1)
- Équipe pluridisciplinaire de réadaptation pour les victimes d'infarctus. (8.3)
- Programme de soins pour les malades cardiaques. (7.8)
- Programme de surveillance pour les diabétiques. (8.1)
- Unités de réadaptation pour adolescents accusant des retards de croissance.* (3.9)
- Programme de soutien pour la santé mentale. (5.3)
- Programme de réadaptation psychiatrique. (4.2)
- Programme de réadaptation pour déficients mentaux. (4.2)
- Création d'un atelier professionnel. (3.9)
- Centre de préparation à la formation professionnelle et de connaissances pratiques élémentaires. (3.9)
- Programme de formation de base en vue d'un emploi. (3.9)

Poste spécial -

. Infirmière spécialiste en médecine de réadaptation. (6.4)

Soins palliatifs:

. Clinique de soins palliatifs. (5.1)

. Comité de l'unité de soins palliatifs. (10.4)

. Comité de soins palliatifs. (7.2)

. Service de soins palliatifs. (3.8)

. Service consultatif en soins palliatifs.* (4.9)

. Équipe de soins palliatifs.* (4.3)

. Unité de soins palliatifs. (1.3; 3.6; 5.8)

Poste spécial -

. Coordonnateur des soins palliatifs. (6.0)

Programmes d'éducation et de formation à l'intention des patients et des familles:

Un certain nombre d'hôpitaux ont fait part d'innovations visant spécialement à répondre aux besoins des patients et des familles d'être renseignés. Dans certains cas, les hôpitaux ont constaté que les patients suivant les programmes d'éducation dispensés par leur établissement se réadaptaient beaucoup mieux; ils ont noté aussi une diminution du nombre d'admissions à l'hôpital. Ces innovations se classent en deux catégories : les innovations d'ordre général et les innovations spécifiques.

Innovations d'ordre général -

. Comité consultatif sur les programmes d'éducation offerts aux patients. (3.1)

. Programme d'enseignement destiné aux patients hospitalisés et aux patients externes. (2.8)

Innovations spécifiques -

. Programme d'éducation sur la réadaptation coronarienne. (6.0)

. Programme d'enseignement destiné aux malades cardiaques. (5.2)

. "L'espoir c'est la vie", programme de soutien pour les cancéreux.* (8.3)

- Programme pluridisciplinaire d'enseignement pour les patients souffrant de problèmes respiratoires chroniques.* (4.7)
- Programme de stomatothérapie. (4.8)
- Service de consultation en matière de régime alimentaire à l'intention des patients externes. (7.8)
- Programme d'éducation pour diabétiques. (8.0)
- Programme de périnatalité. (8.7)
- Programme d'aide aux parents d'enfants prématurés. (4.7)
- Clinique de contrôle du comportement pour les parents de déficients mentaux. (4.2)

SECTION DEUX

CLASSIFICATION DES INNOVATIONS SELON LA RÉACTION DE L'ÉTABLISSEMENT AUX INFLUENCES DU MILIEU

La réaction ou la réponse d'un hôpital aux influences du milieu se manifeste par la multitude de formalités et de structures mises en place du fait de ces influences. Dans la Section deux, les innovations signalées sont décrites sur la base du "secteur visé". L'on retrouve trois genres d'innovations: 1) les innovations périphériques (celles qui se produisent aux confins de l'hôpital et de la collectivité), 2) les innovations intra-organisationnelles (celles qui se produisent à l'intérieur même de l'hôpital), et 3) les innovations inter-organisationnelles (celles qui font intervenir l'hôpital et d'autres établissements de soins du même secteur).

1. INNOVATIONS TOUCHANT LE MAINTIEN DES RELATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR

Par "le maintien des relations avec l'extérieur", l'on entend toutes les mesures qu'un établissement doit prendre pour contrôler le nombre et le taux des "intrants" et des "extrants" tout en poursuivant ses objectifs malgré certaines influences du milieu dont l'effet pourrait se révéler dévastateur. On pourrait décrire la partie limitrophe d'un organisme comme une sorte d'enveloppe dotée de diverses propriétés. Il serait souhaitable que les éléments nocifs de l'extérieur ne l'atteignent pas, qu'elle puisse s'approprier les éléments nécessaires à sa survie et à son bon fonctionnement; qu'elle soit en mesure de conserver les éléments dont elle a besoin et d'en rejeter d'autres dans le milieu au moment opportun. C'est ainsi que les opérations périphériques regroupent toutes les activités rattachées aux admissions et aux congés, toutes les activités consultatives rattachées aux moyens que l'hôpital doit prendre pour s'adapter aux changements du milieu et toutes les activités touchant les relations publiques, et par l'entremise desquelles l'hôpital s'efforce d'entretenir de bonnes relations avec la collectivité qu'il sert, tout en réagissant comme il convient aux plaintes et aux critiques formulées par des patients, des médias, etc.

1.1 Innovations rattachées aux admissions et aux départs

La plupart des innovations de cet ordre ont pour buts d'éviter l'hospitalisation des patients dont les besoins ne correspondent pas aux services offerts par l'hôpital, d'éviter de nouvelles hospitalisations inutiles, et de réduire la durée moyenne du séjour à l'hôpital. Il va sans dire que ces objectifs ont une incidence sur la rentabilité et l'efficacité de l'établissement. Entre autre innovations, citons:

- La création d'un service d'admission et de départ. (2.7)
- La création d'une unité de planification des départs. (1.3)
- La mise sur pied d'un comité de soins alternatifs: en raison de la pénurie de lits et du lieu de résidence éloigné d'un grand nombre de patients, ce comité a été mis sur pied dans le but d'étudier la possibilité de loger les résidents de

l'extérieur dans des hôtels et dans des motels, et de leur fournir des soins (diagnostic et traitement) à titre de patients externes. (1.2)

- La création du poste de planificateur des départs. (6.9)

- La création du poste d'agent de planification des départs. (7.1)

1.2 Activités consultatives liées à la nécessité pour l'hôpital de s'adapter aux changements du milieu

Les directeurs généraux sont appelés quotidiennement à prendre toutes sortes de décisions, qui auront des répercussions à court terme ou à long terme, en réponse aux pressions et aux exigences attribuables à l'évolution du milieu. Dans certains cas, il faut faire appel à des experts-conseils. Autrement, l'hôpital puise à même ses propres ressources. Au nombre des innovations reliées aux services de consultation, on compte:

- La mise sur pied d'un comité de planification relevant du conseil d'administration. (6.8)

- La mise sur pied d'un comité consultatif relevant du directeur général et regroupant l'expert-conseil en organisation administrative de même que les membres du comité de direction. (9.5)

- La mise sur pied d'un comité consultatif sur les questions administratives relevant de l'administrateur et regroupant l'administrateur adjoint, le directeur des soins médicaux, le directeur des soins infirmiers, le surveillant de la médecine physique, le directeur du perfectionnement du personnel, le chef de la comptabilité et le directeur du personnel. (6.8)

- La nomination d'un conseiller en organisation administrative relevant du directeur général. (9.5)

- La création d'un comité de révision des protocoles (regroupant des représentants du corps médical, des soins infirmiers, des services diagnostiques et de l'administration). **Motif:** nécessité de dresser et de réviser les protocoles relatifs à la réglementation gouvernementale régissant la délégation des actes médicaux et infirmiers. (8.35)

- La création d'un comité de révision des projets de développement (regroupant des représentants du corps médical, des professionnels et de l'administration). **Motifs:** nécessité d'élaborer des critères objectifs permettant d'évaluer les projets de développement en fonction de leur justesse, de leur possibilité d'exécution, de leur relation avec les programmes actuels, de leurs coûts, des avantages éventuels et de leur degré de priorité à l'intérieur de l'établissement et de la région; nécessité de fournir de l'aide et des conseils

aux personnes qui préparent des projets de développement, d'examiner les projets et de formuler des recommandations aux membres du comité de direction. (8.35)

- La mise sur pied du comité consultatif inter-services regroupant de huit à dix cadres intermédiaires. Ce comité est présidé par le vice-président aux finances et à l'administration. Motif: éponger le déficit en proposant des mesures visant à restreindre les coûts et des opérations lucratives.

1.3 **Innovations touchant les relations publiques**

- La mise sur pied d'un service de relations publiques. (6.5, 6.7, I)
- La création d'un programme de relations publiques. (9.6)
- La nomination d'un directeur des relations publiques. (5.3, 7.4)
- La diffusion d'un bulletin d'information trimestriel. (7.3)

2. INNOVATIONS INTRA-ORGANISATIONNELLES

Parmi les innovations de cette catégorie, l'on retrouve:

a. les innovations dont les répercussions atteignent l'ensemble du réseau.

b. la fusion (centralisation) de l'autorité et des services.

c. la décentralisation de l'autorité et des services.

d. la création de nouveaux postes.

e. les modifications apportées à l'horaire de travail.

f. "l'intégration verticale" par opposition à la "sous-traitance".

g. l'élimination graduelle.

2.1 Innovations dont les répercussions atteignent l'ensemble du système

2.1.1 Changement de mission pour l'hôpital

- Hôpital de soins de courte durée transformé en hôpital de soins prolongés. (9.5, I)
- Hôpital de soins de garde transformé en hôpital de soins psychiatriques de courte durée. (I)

- Hôpital de soins prolongés transformé en hôpital de réadaptation générale. (6.8). Le nom de l'hôpital a été modifié à toutes les fins autres que juridiques.

2.1.2 Modification de l'organigramme

- L'organigramme illustre la hiérarchie administrative et la réorganisation des services professionnels, destinée à les rendre plus homogènes et plus efficaces. **Motifs:** la nomination de citoyens au conseil d'administration en est la principale raison. L'on s'est également rendu compte qu'il fallait procéder à une restructuration de l'établissement pour se mettre au diapason en ce qui a trait aux nouvelles méthodes de traitement des maladies mentales. Le plus grand défi a consisté à transformer l'hôpital en un centre dynamique de soins psychiatriques axés sur la réadaptation. (2.6)

- L'organigramme a été révisé de façon que le directeur des soins médicaux et le directeur du perfectionnement du personnel assument la responsabilité d'un certain nombre de services, et que l'administrateur adjoint s'occupe plus spécialement du secteur des "services". **Motifs:** il s'est révélé opportun de profiter des changements apportés à la répartition des tâches au sein du personnel médical pour modifier l'organigramme. L'embauche d'un nouveau directeur du perfectionnement du personnel a permis de confier la responsabilité des bibliothécaires à quelqu'un d'autre. De plus, l'administrateur adjoint possédait un peu plus d'expérience en gestion hospitalière. (6.8)

- La révision de l'organigramme s'imposait parce qu'un trop grand nombre de personnes relevaient du directeur général. (7.7)

- La réorganisation a eu un effet décentralisateur: à la suite de la nomination d'un nouveau directeur général, une structure hiérarchique plus fonctionnelle a été mise sur pied. Dorénavant, cinq personnes relèvent du directeur général plutôt que seize. **Motifs:** l'information était mal acheminée et la structure en place n'évoluait guère. Il faut préciser que la philosophie du nouveau directeur général en matière de gestion a été prise en considération. (4.9)

2.1.3 Modification de la structure des comités

- La structure des comités au sein de l'établissement a été complètement révisée. **Motifs:** on s'inquiétait de l'absence de délégation des pouvoirs aux échelons inférieurs à celui de l'administrateur, surtout en ce qui a trait à la planification. Les communications inter-services laissaient également à désirer. (3.9)

2.1.4 Modification du système d'information

- Un comité de révision des formules a été mis sur pied dans le but de vérifier les nouvelles formules (ou les formules modifiées), de s'assurer qu'elles sont conformes au système informatisé de l'hôpital, et d'obtenir un produit de qualité tout en s'efforçant d'en minimiser les coûts de production. **Motifs:** il fallait améliorer le contrôle et la coordination des opérations et procéder à l'élimination des formules utilisées rarement ou périmées. (2.2)

2.2. Fusion (centralisation) de l'autorité et des services

- Un certain nombre d'hôpitaux ont signalé des innovations destinées à fusionner ou à centraliser des services, des fonctions, etc., autrefois distincts. Dans la plupart des cas, l'on a également procédé à une nouvelle répartition de l'autorité. L'on a regroupé les innovations de ce genre en différentes catégories, soit celles qui touchent les secteurs médical et para-médical, et celles qui touchent les autres secteurs.

2.2.1 Secteurs médical et para-médical

a. Le service de radiologie a été rénové et jumelé à celui des archives, ce dernier s'acquittant de la dactylographie des rapports, de l'enregistrement et du classement. On a demandé au radiologiste de venir une fois par semaine pour interpréter les radiographies et dicter les rapports. **Motifs:** le service de radiologie recevait un plus grand nombre de patients, l'interprétation de bien des radiographies tardait, et l'on perdait même des rapports. (6.8)

b. Un centre de tests préopératoires a été créé. Les malades se rendent maintenant au service de radiologie pour y subir les tests suivants: électrocardiogrammes, prises de sang et radiographies. Ils n'ont pas à se déplacer car tout se déroule au même endroit. **Motifs:** remédier aux inconvénients que présentaient les visites aux différents services (laboratoire, électrocardiographie, radiologie, etc.). Cette innovation a permis d'éliminer des retards inutiles et de réduire la durée du séjour à l'hôpital. (4.8)

c. Plusieurs petits services ont été regroupés sous la responsabilité de directeurs de service déjà en poste. Les services ci-dessous ont été jumelés:

- Médecine nucléaire et radiologie.
- Cytologie et anatomo-pathologie.

- Electro-nystagmographie (E.N.G.) et électrocardiographie (E.C.G.) sous la responsabilité du directeur des archives.

Motifs: regrouper des employés isolés, mieux contrôler ces services et en accroître le rendement. (9.5)

d. Le centre de tests pédiatriques a été jumelé à l'unité d'investigation clinique. **Motifs:** éviter des hospitalisations inutiles, ménager les ressources, fournir un plus grand nombre de services diagnostiques et de traitements en régime ambulatoire, et répondre aux besoins de la collectivité en matière de soins pédiatriques, de tests diagnostiques et de tests pratiqués en régime ambulatoire. (8.35)

e. La fusion du service central de stérilisation et du bloc opératoire. **Motifs:** mieux contrôler les services de stérilisation et de distribution, et améliorer les communications ainsi que la collaboration. (8.7)

f. Le regroupement des départements d'électrocardiographie (E.C.G.) et d'électro-encéphalographie (E.E.G.). **Motif:** en raison de leur connexité, il semblait logique de les regrouper, surtout au départ de l'un des chefs de service. (7.1)

g. Au sein du service de cardiologie, les unités de soins pulmonaires et coronariens relèvent désormais du même administrateur. Il en est de même pour l'unité de soins intensifs et du bloc opératoire. (9.7)

h. Dans certains services spécialisés, le poste de coordonnateur des soins aux patients (infirmière surveillante) a été éliminé, et l'on a jumelé cette unité avec une autre. Ces deux unités relèvent maintenant d'un seul coordonnateur administratif. Le coordonnateur des soins aux patients affecté à ces unités a été remplacé par un coordonnateur adjoint. Des modifications semblables ont été apportées dans les unités suivantes:

- la salle de réveil relève désormais du coordonnateur des soins aux patients responsable du bloc opératoire;

- l'unité d'obstétrique (ante/post partum) à risque élevé relève maintenant du coordonnateur des soins aux patientes, travail/accouchement;

- la pouponnière relève d'un seul coordonnateur des soins aux patientes de manière à promouvoir plus efficacement le concept de communication entre la mère et l'enfant mis de l'avant dans cette unité.

Peu de temps après, ces unités ont reçu une nouvelle appellation et se sont vu attribuer un personnel et des coordonnateurs distincts.

Motifs: les relations de travail, qui n'étaient pas toujours bonnes, avaient une incidence sur les soins aux patients; les communications entre les divers secteurs présentaient quelquefois des problèmes. (6.7)

i. Le contrôle des soins infirmiers (intensifs, intermédiaires et normaux) relève maintenant d'une seule infirmière surveillante. **Motif:** en raison de la quantité des soins prodigués, un seul surveillant peut plus facilement assurer une direction uniforme ainsi qu'une planification efficace (dotation en personnel et autres ressources). (3.29)

j. La responsabilité du système de dotation en personnel infirmier et du système de contrôle de la qualité incombe au coordonnateur de la dotation. **Motif:** s'assurer que les décisions importantes au sujet du personnel sont prises dans les plus brefs délais. (3.29)

k. Huit services de soins infirmiers ont été réduits à quatre. **Motif:** restrictions budgétaires. (4.8)

l. La gestion des ressources humaines a été intégrée au service des soins infirmiers. (9.7)

m. Deux services de soins aux employés ont été fusionnés. L'un des services s'adressait au personnel professionnel tandis que l'autre s'occupait des employés non professionnels. **Motifs:** en raison de la fermeture de l'école de sciences infirmières, les résidences étaient inoccupées et l'espace libre pouvait servir à d'autres activités de l'hôpital; on obtenait ainsi une réduction des dépenses. (8.4)

n. Un seul administrateur dirige maintenant les services suivants: ergothérapie, orthophonie, physiothérapie et pédiatrie. Avant la centralisation, quatre chefs de services assumaient chacun la responsabilité de son propre groupe fonctionnel. À la suite de la réorganisation, un seul chef rencontre le directeur des soins médicaux de réadaptation pour planifier et diriger les activités des quatre groupes fonctionnels. **Motifs:** il existait un problème de coordination entre les quatre groupes fonctionnels quant à la planification des rendez-vous et des traitements, ainsi que des difficultés de communication avec le directeur des soins médicaux responsable des quatre groupes. (2.5)

o. Le regroupement des services de réadaptation professionnelle et de ludothérapie a fait naître les services de réadaptation. Cette nouvelle entité comprend l'ergothérapie, les services d'orientation (réadaptation), l'atelier protégé de thérapie en milieu industriel, le service des loisirs ainsi que l'école de l'hôpital. Le chef est un ergothérapeute. **Motif:** il fallait coordonner les divers services en appliquant les principes de gestion coopérative. (4.2)

p. La fusion de l'ergothérapie et de la physiothérapie afin de créer un service de réadaptation. **Motif:** les deux services poursuivent des objectifs communs. (9.9)

q. La mise sur pied d'un service centralisé de réadaptation physique à l'intention des services suivants: physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie. **Motifs:** en arriver à une meilleure coordination des services, élaborer des programmes de soins coordonnés, et promouvoir la pluridisciplinarité.* (9.7)

r. L'on a procédé à une fusion administrative des services de réadaptation, ces derniers comprenant l'inhalothérapie, l'audiologie-orthophonie, la physiothérapie et l'électrocardiographie. Tous ces services relèvent maintenant d'un seul coordonnateur. **Motifs:** il existait un chevauchement d'activités en électrocardiographie (E.C.G.) et en inhalothérapie, et il fallait intégrer les soins aux patients. (8.7)

s. Les services de l'admission et des archives ont été réunis. **Motif:** la fusion a été faite dans le but d'épargner, et elle a eu lieu au moment du départ de l'un des chefs de service. Cette initiative s'est révélée un succès. (1.2)

t. Les services centraux d'information englobe les services suivants: archives, admission et départ, standard téléphonique. **Motifs:** changements organisationnels et possibilité d'amélioration des services par l'entremise d'une centralisation. (2.1)

u. Les postes liés aux archives ont été remaniés, et l'effectif augmenté dans le but d'englober le service de dictée central et de coordonner les activités du service de radiologie. **Motif:** en raison de la réorganisation du corps médical, la charge de travail s'est accrue et les employés en place ne suffisaient plus à la tâche. (6.8)

v. La vocation du service du perfectionnement du personnel a été modifiée, et son directeur est maintenant le supérieur du bibliothécaire et de l'agent de prophylaxie des infections. **Motif:** à la suite de la réorganisation du corps médical, le service du perfectionnement du personnel a participé à la formation des employés de tous les services, et l'accroissement de la charge de travail a justifié une augmentation de l'effectif (l' djonction d'une infirmière enseignante). (6.8)

w. Le salon des médecins et le bureau du directeur des soins médicaux ont été rénovés et jumelés au service des réservations. **Motif:** cette démarche a permis d'améliorer les communications entre le directeur des soins médicaux et l'agent responsable des réservations. (6.8)

x. Le poste de directeur de l'hôpital et des services professionnels remplace celui de directeur des services professionnels. **Motif:** les restrictions budgétaires ont entraîné la centralisation administrative de ces deux services. (8.9)

y. Un comité mixte pharmacie-nutrition a été mis sur pied dans le but d'étudier l'usage des médicaments et les substituts naturels et de motiver les équipes pluridisciplinaires.* (10.4)

z. Un comité mixte soins infirmiers-pharmacie a été créé afin d'améliorer les communications et de faciliter la résolution des problèmes dans ces deux secteurs. (3.29)

2.2.2 Autres secteurs

a. Le centre de distribution des fournitures médicales, le magasin et les services de messagerie ont été centralisés pour former le service de préparation et de distribution des fournitures. **Motif:** on s'est rendu compte que la centralisation de ces services pouvait contribuer à les améliorer. (2.1)

b. La préparation des aliments a été centralisée. (9.8)

c. La distribution des aliments et le lavage de la vaisselle ont été centralisés. (9.9)

d. Le service central de stérilisation et la lingerie ont été regroupés dès que l'on a commencé à coordonner la gestion du matériel. (6.7)

e. Les services de la gestion du matériel, de l'admission, du standard téléphonique et du traitement électronique des données sont passés de la division des services financiers à la division des services hospitaliers. Ces services relèvent maintenant du directeur général adjoint des services hospitaliers plutôt que du chef comptable (anciennement directeur général adjoint des services financiers). **Motifs:** la division des services financiers devait se consacrer uniquement aux questions d'ordre financier; il était préférable que les autres services relèvent d'une division qui n'était pas tenue d'affecter ses ressources à de telles questions. (7.3)

f. La fusion des services de la comptabilité et de la perception. **Motif:** promouvoir une certaine polyvalence chez les employés.* (9.9)

g. La centralisation des services des achats, du personnel et des comptes. **Motif:** achat d'un autre centre de soins situé à 13 kilomètres. (2.0)

h. La création d'un service de gestion du matériel à la suite de la fusion du centre de distribution des fournitures médicales, des achats, du magasin et du service des transports. **Motifs:** régler les problèmes relatifs aux stocks; exercer un contrôle plus rigoureux

sur les produits de consommation; favoriser des échanges sur une base plus structurée (fournitures, lingerie, etc.); améliorer le système de transport entre deux établissements; tirer un meilleur parti des ressources humaines. (5.0)

i. La mise sur pied du service d'achat des fournitures regroupant les achats, les magasins, le centre de distribution des fournitures médicales, les services d'impression, la buanderie, la préparation et la distribution des fournitures. (7.8)

j. La fusion du magasin et du service des achats pour créer le service des approvisionnements. **Motif**: cette fusion s'imposait pour arriver à une mise en application harmonieuse des règlements régissant la politique, l'administration et le travail. (9.9)

k. Les postes ci-dessous ont été réunis:

- Directeur des services du personnel et administrateur du personnel.
- Adjoint à la dotation en personnel et conseiller en personnel.
- Secrétaire du directeur des services du personnel et réceptionniste au bureau du personnel.
- Coordonnateur des programes d'éducation et coordonnateur adjoint des programmes d'éducation.

Motifs: attrition et restrictions budgétaires. (7.3)

2.3 Décentralisation de l'autorité et des services

Par décentralis tion, l'on entend la mesure dans laquelle les services et l'autorité sont répartis (c'est-à-dire décentralisés) au sein de la hiérarchie. La décentralisation s'apparente grandement à la notion de participation des employés au processus de prise de décisions. Plus l décentralisation est importante, plus les subalternes ont l'occasion de participer à la prise de décisions au sujet de leur travail et de l'avenir de l'établissement et d'assumer la responsabilité de leurs actes. Les innovations axées sur la décentr lisation ont été signalées dans les secteurs suivants.

2.3.1 Secteurs médical et para-médical

a. Soins infirmiers

- La notion de soins infirmiers en salle d'opération a été repensée. Il s'en est suivi une décentr lisation de l'autorité au profit des coordonnateurs des salles d'opération à qui il incombe d'assurer des soins aux patients en toute sécurité et en toute efficacité, et de voir à la coordination de leur travail et de celui du personnel médical. (3.2)

- Le service des soins infirmiers a été subdivisé en quatre services principaux, chacun étant dirigé par un administrateur des services cliniques qui relève du directeur des soins infirmiers, dont le supérieur est le directeur général adjoint. Le coordonnateur des soins aux patients (infirmière surveillante) devait s'assurer que les patients recevaient des soins de qualité, et que l'on faisait bon usage des ressources humaines et matérielles. **Motif:** c'est aux surveillants et au directeur des soins infirmiers que revenait la majeure partie de l'autorité et des responsabilités. (4.7)

- L'autorité, les responsabilités et l'obligation de rendre compte ont été décentralisées jusqu'à l'échelon des unités. Un coordonnateur des soins aux patients a accepté de rester disponible "sur demande" le soir, la nuit et les fins de semaine. **Motifs:** les surveillants du bureau des soins infirmiers ne remplissaient pas leur rôle car ils agissaient surtout à titre de commis et de "personnes à tout faire" au sein de leur service respectif. Un malaise analogue existait en ce qui a trait à la responsabilité et au contrôle du budget à l'échelle de l'utilisateur. De plus, les infirmières surveillantes n'assumaient ni la responsabilité ni la surveillance de leurs unités vingt-quatre heures par jour. Il faut également souligner que le fait de relever d'administrateurs classés à des échelons différents occasionnait des problèmes de communication. (6.7)

- Au cours de l'année écoulée, l'administration générale a été décentralisée. Dorénavant, tous les administrateurs de service, y compris les infirmières surveillantes et les infirmières qui occupent des postes administratifs, embauchent eux-mêmes du personnel, préparent les budgets, fixent les objectifs annuels, contrôlent les dépenses, etc. Ils deviennent des administrateurs fonctionnels plutôt que des "pseudo-administrateurs" comme il en existe dans la plupart des hôpitaux. La structure hiérarchique y gagne en dynamisme et en efficacité. (6.4)

- L'autorité du service des soins infirmiers a également été décentralisée. **Motif:** l'infirmière surveillante croyait qu'il convenait de régler les problèmes à l'échelle de l'unité. (7.3)

b. Pharmacie

- La pharmacie a instauré un système de distribution uni-dose, ce qui a entraîné des rénovations importantes dans ses locaux, la mise sur pied de pharmacies satellites et l'augmentation du nombre d'employés. (6.2)

- En vue de la mise en application du système de distribution uni-dose, deux pharmacies satellites ont été mises sur pied pour servir l'unité de soins néonataux intensifs et les

principaux services de chirurgie et de médecine. **Motifs:** il fallait réduire les stocks, fournir des services de pharmacie clinique et réduire le nombre d'erreurs commises dans la distribution des médicaments. (6.7)

- Un réseau de pharmacies satellites a été créé. **Motifs:** le coût des médicaments déjà élevé ne cessait d'augmenter. De plus, les pharmaciens hospitaliers qui possèdent une formation solide dans le domaine des soins aux patients ne pouvaient transmettre leurs connaissances alors qu'ils étaient confinés dans leur rôle d'exécutant à la pharmacie centrale. Grâce à cette innovation, l'on a pu mieux contrôler les coûts, constater des changements radicaux dans les habitudes en ce qui a trait aux ordonnances médicales et noter une diminution importante des erreurs commises dans la distribution des médicaments. (8.3)

c. Bibliothèque

- En raison des restrictions budgétaires, la bibliothèque a été décentralisée dans chaque service. La centralisation des services de la bibliothèque se révélait trop coûteuse. (9.8)

d. Éducation permanente

- Le service de l'éducation permanente a été décentralisé au profit des chefs de clinique, qui remplacent désormais le directeur de l'éducation permanente. **Motif:** la responsabilité de l'éducation incombant aux chefs de clinique, il est logique de leur confier le personnel nécessaire. (3.29)

2.3.2 Autres secteurs

Finances

Le travail de vérification interne est passé du service du contrôle budgétaire à un nouveau service, celui de la vérification interne. **Motifs:** au cours des cinq dernières années, le contrôle budgétaire et la préparation des relevés financiers se sont révélés de plus en plus complexes. Dans le but d'améliorer les rapports sur le budget interne, l'on y apporte sans cesse des modifications. Il fut décidé que ce service consacrerait plus de temps au budget, et moins de temps aux autres questions. (7.3)

2.4 Création de nouveaux postes*

Comme toute autre innovation d'ordre organisationnel, la création d'un nouveau poste peut être perçue comme une réaction face à une multitude d'influences exercées par le milieu. Après avoir pris connaissance des

---

* Voir l'Annexe II qui renferme une "Liste des postes et des groupes syndiqués répertoriés par les représentants syndicaux".

innovations signalées par les répondants, nous avons dressé une liste exhaustive des postes créés. Il s'agit surtout de postes d'infirmières, ce qui nous a amenés à les classer dans un groupe distinct. Bien que les postes inscrits dans le deuxième groupe puissent, dans certains cas, être confiés à des infirmières, nous n'avons pas précisé qu'il s'agit d'un poste d'"infirmière". Voici la liste des nouveaux postes.

2.4.1 Postes rattachés aux soins infirmiers

- Directeur adjoint des soins infirmiers. (6.7)
- Infirmière préposée à la vérification. (2.1)
- Infirmière clinicienne. (2.1)
- Instructeur clinicien, unité de soins intensifs, unité de soins critiques, unité de soins palliatifs. (7.8)
- Infirmière spécialiste de clinique.* (4.2)
- Infirmière spécialiste de clinique, gériatrie. (7.3)
- Infirmière de liaison avec la collectivité, psychiatrie. (3.29)
- Coordonnateur des soins infirmiers. (10.1)
- Infirmière clinicienne, traumatismes cérébro-vasculaires (T.C.V.). (3.29)
- Infirmière surveillante et coordonnatrice, urgence. (9.7)
- Infirmière préposée à l'évaluation clinique du foetus. (3.29)
- Infirmière préposée aux intraveineuses. (8.4)
- Infirmière préposée à la lutte contre l'infection. (8.3)
- Infirmière monitrice. (6.8)
- Infirmière spécialiste en gériatrie. (6.4)
- Infirmière spécialiste en médecine de réadaptation. (6.4)
- Coordonnateur de la planification des soins infirmiers. (3.29)
- Infirmière de liaison, oncologie. (8.3)
- Infirmière enseignante, oncologie. (7.3)
- Infirmière surveillante et coordonnatrice, salle d'oncologie. (9.7)

- Infirmière enseignante, soins préopératoires. (8.3)
- Infirmière en psychogériatrie. (6.4)
- Infirmière responsable du contrôle de la qualité. (2.5; 4.9)

2.4.2 Autres postes

- Agent de projets administratifs. (4.2)
- Directeur général adjoint, affaires médicales. (5.7)
- Commis préposé au contrôle budgétaire. (6.8)
- Chef de la réadaptation physique. (9.7)
- Conseiller en informatique. (6.8)
- Conseiller en organisation administrative. (9.5)
- Coordonnateur des services d'informatique. (4.7)
- Coordonnateur des services de bénévolat. (3.1)
- Directeur des services professionnels et des services à la collectivité. (3.9)
- Directeur des relations de travail.* (I)
- Responsable de la pastorale. (1.2)
- Directeur des ressources techniques. (4.7)
- Directeur des services de réadaptation professionnelle. (3.9)
- Directeur des services de bénévolat. (1.3)
- Planificateur des départs. (6.8)
- Agent de planification des départs. (7.1)
- Médecin, salle d'urgence. (7.1)
- Agent de prophylaxie des infections. (6.8)
- Administrateur, perfectionnement du personnel.* (I)
- Directeur médical de l'unité de soins prolongés. (4.1)
- Coordonnateur des soins palliatifs. (6.0)
- Protecteur des patients. (8.3)

- Représentant des patients. (6.7)

- Directeur des relations publiques. (5.3)

- Coordonnateur du contrôle de la qualité. (5.8; 6.6; 6.7)

- Coordonnateur d'unité. (2.7)

- Directeur d'unité. (3.9)

2.5 Modifications apportées à l'horaire de travail et aux heures d'ouverture

Le fait d'instaurer de nouveaux "horaires" en modifiant les heures d'ouverture d'un service, les heures de travail des employés ainsi que les heures des visites constitue, de la part des hôpitaux, un autre effort concret d'adaptation aux besoins et aux exigences du milieu. En voici des exemples:

- Dorénavant, les médecins sont de service en salle d'urgence l'après-midi. **Motifs:** les médecins et les chirurgiens avaient pris l'habitude de demander à leurs patients de se présenter à la salle d'urgence à n'importe quelle heure. Il n'était pas rare que les malades s'y rendent le matin alors que leur médecin ne pouvait quitter le bloc opératoire, ou qu'il était occupé à visiter les patients hospitalisés. Il y avait donc un engorgement inutile au service de l'urgence, et l'image de l'hôpital en était par le fait même ternie. (4.5)

- Les heures d'ouverture du service de physiothérapie pour les patients externes sont maintenant plus longues. Le service est ouvert toute la journée, soit de 7 h 30 à 16 h 30. **Motifs:** la clientèle de patients externes s'est accrue. (6.8)

- Le service des archives est ouvert en permanence. Il était auparavant fermé la fin de semaine, le soir et la nuit. **Motif:** le service d'admission sortait les dossiers pendant la fin de semaine. En raison du nombre croissant de demandes de dossiers émanant du service de l'urgence, les employés du service d'admission ne suffisaient plus à la tâche. (4.8)

- L'infirmière préposée aux soins à domicile a augmenté le nombre de ses heures de service à l'hôpital. **Motif:** le nombre de transferts de dossiers aux soins à domicile s'est accru. En raison de l'augmentation de la charge de travail, sa présence à l'hôpital est requise pour une plus longue période. (6.8)

- Les heures de travail des techniciens de laboratoire ont été allongées. **Motif:** depuis que les médecins assument la responsabilité d'un étage en particulier, la charge de travail des techniciens s'est accrue. Il arrive que l'on demande aux médecins de justifier leurs demandes d'examens de laboratoire. (6.8)

- Les horaires de travail ont fait l'objet d'une révision générale et dans plusieurs cas, ils ont été modifiés (augmentation du nombre d'heures, etc.). **Motif:** améliorer les services et réduire les coûts. (6.1)

- Les heures des visites ont été modifiées dans le but d'accueillir les travailleurs affectés à des quarts de douze heures. (5.3)

- Les heures des visites ont été allongées à la demande des patients et de leurs visiteurs. (8.7)

- Les visites d'après-midi ont été éliminées à l'unité d'obstétrique afin de permettre aux mères de se reposer et de consacrer plus de temps à leurs nouveaux-nés. Les infirmières peuvent également prolonger les cours dispensés aux mères. Les nouvelles heures de visite sont de 19 h à 20 h. (3.29)

2.6 Intégration verticale par opposition à la sous-traitance

Par "intégration verticale" l'on entend le développement et l'intégration subséquente des étapes successives d'un procédé dans le but de produire des biens et de fournir des services. Un exemple en milieu hospitalier: ouvrir un atelier d'imprimerie sur place afin de réduire les coûts d'impression des formules qui sont versées aux dossiers des malades, etc.

Par contre dans le cas de la "sous-traitance", l'établissement préfère avoir recours à des firmes de l'extérieur plutôt que de produire des biens et de fournir des services sur place.

Les décisions prises au sujet de la rentabilité et de l'efficacité de l'intégration verticale par opposition à la sous-traitance varient selon la situation de chaque hôpital. Voici des exemples de ces deux sortes d'innovations.

2.6.1 Intégration verticale

- Ouverture d'un atelier d'imprimerie. (2.2; 5.3)

- Blanchissage effectué en plus grande quantité à l'hôpital. (6.8)

- Élimination des services alimentaires assurés en vertu d'un contrat. (5.3)

- Modification apportée à l'exploitation des services financiers: ces services qui étaient fournis par un bureau central le sont maintenant par un ordinateur installé sur place. (5.7)

2.6.2 Sous-traitance

- La gestion des services alimentaires est assurée en vertu d'un contrat. (3.8; 5.4)

- Au moment de la retraite d'employés préposés à l'entretien ménager, on a confié à des sous-traitants un certain nombre des travaux qu'ils effectuaient. (6.8)

- La gestion de l'entretien ménager est désormais assurée par des sous-traitants. (1.8; 4.4)

- Les services spécialisés d'un organisme de l'extérieur ont été retenus pour diriger et coordonner le fonctionnement, l'entretien et la surveillance technique du système de chauffage. (4.7)

- La préparation de la paye a été confiée à une entreprise spécialisée en informatique. (6.8)

2.7 Élimination graduelle

Cette opération répond avant tout à un besoin d'accroître la rentabilité en raison d'importantes restrictions budgétaires. Plusieurs hôpitaux ont signalé l'élimination graduelle d'une multitude de services, de programmes, d'activités spéciales et de postes.

2.7.1 Activités spéciales éliminées

L'implantation de cardiostimulateurs permanents a été éliminée graduellement. En raison des restrictions budgétaires, il ne restait plus de fonds pour subventionner ce programme. (4.5)

2.7.2 Cliniques, services, programmes éliminés

- Élimination des services d'obstétrique. (1.4)

- Coupure des subventions à l'institut d'hygiène mentale occasionnée par l'obligation de respecter les budgets. (8.4)

- Fermeture de l'école des infirmières auxiliaires en juillet en raison de l'absence de perspectives d'emploi dans ce domaine, et du manque de ressources financières. (7.9)

- Abolition de la formation permanente afin de réduire les coûts. (1.8)

- Fermeture des unités de soins de courte durée en médecine et en chirurgie et de l'unité des services d'obstétrique en raison d'un budget insuffisant. (8.4)

- Élimination graduelle des services d'audiologie à la suite des récentes restrictions budgétaires. (8.5)

2.7.3 Postes éliminés

- Un poste d'infirmière autorisée affectée à la clinique de la douleur a été éliminé en raison des restrictions budgétaires. Cette infirmière remplissait les fonctions d'expert-conseil auprès de tout le personnel infirmier de l'hôpital. (8.4)

- La nomenclature des actes médicaux et des actes infirmiers a été modifiée, ce qui a entraîné la mutation d'un certain nombre d'aide-techniciens en poste au bloc opératoire. (9.5)

- Le corps médical a fait l'objet d'une réorganisation complète, de nouveaux règlements ont été rédigés, et le nombre de médecins est passé de six cents (600) à cent soixante-cinq (165). Ces modifications donnent suite aux recommandations formulées dans le cadre de l'étude sur l'agrément et la mission de l'hôpital (Accreditation and the Hospital Role Study). (6.8)

- Le poste d'infirmière surveillante a été éliminé. (6.7)

- Le poste de coordonnateur des soins aux patients a été aboli. (6.7)

- Le poste d'infirmière enseignante, soins préopératoires, a été éliminé en raison d'un budget insuffisant. (8.4)

- Quatre postes de coordonnateur administratif ont été éliminés et remplacés par deux postes de directeur adjoint des soins infirmiers. Les postes de surveillant au bure u des soins infirmiers ont été abolis pour donner place à des postes de commis à la dotation en personnel. (6.7)

- Sept postes d'aide-infirmières affectées à la surveillance ont été éliminés. Leur travail recoupait celui de l'infirmière surveillante. (7.3)

- Les chefs des services de physiothérapie et d'ergothérapie ont été remplacés par une personne qui porte le titre de chef de la réadaptation physique. (9.7)

- Le poste de conseiller résident principal a été aboli. (3.9)

- Le poste d'administrateur responsable des communications a été éliminé à l'expiration d'un projet spécial. (4.7)

- Le poste d'administrateur responsable des achats a été aboli. (8.4)

3. INNOVATIONS INTER-ORGANISATIONNELLES

Les innovations inter-organisationnelles sont celles qui font intervenir un ou plusieurs établissements de soins du même secteur. Les innovations semblables constituent une tentative de partage de certains services de soutien et plus souvent qu'autrement, les échanges sont dictés par la nécessité de rentabiliser les opérations. Ces services de soutien sont subdivisés en trois catégories: a) les services de soutien médical, b) les services de soutien non médical et c) les services de soutien indéfinis.

3.1 Services de soutien médical

- Les pharmacies des hôpitaux ainsi que les pharmacies des collectivités versent des redevances annuelles à un comité indépendant qui fournit à ses membres un service de renseignement sur les produits pharmaceutiques. Ce service est intégré au centre d'information sur les médicaments qui se trouve à l'hôpital. (4.8)

- Les services pharmaceutiques de deux hôpitaux ont imaginé cette formule de collaboration: un hôpital assure l'approvisionnement en pommade sulfadiazine d'argent tandis que l'autre hôpital s'occupe des solutions injectables de nitroglycérine. (4.8)

- L'hôpital a prévu des ententes contractuelles avec des maisons de repos et avec un centre de désintoxication. **Motif**: prendre la relève des services pharmaceutiques dans les établissements auxiliaires. (8.7)

- Les établissements de soins de la région se réunissent pour discuter de leurs problèmes communs en ce qui a trait au partage de services tels la pharmacie, l'informatique et la consultation. **Motif**: nécessité de rentabiliser les opérations. (9.8)

- Des maisons de repos du secteur se prévalent des services pharmaceutiques de l'hôpital. Trois jours-pharmaciens ont été ajoutés pour répondre aux besoins de deux cents (200) résidents répartis dans quatre centres. L'hôpital fournit les médicaments tout en assurant des visites mensuelles ainsi qu'un service de consultation par téléphone. (9.8)

- Des ententes contractuelles entre la pharmacie de l'hôpital et des établissements du voisinage ont été élaborées dans le but d'assurer des services de qualité. (10.2)

- Les petits hôpitaux et les cliniques de la région peuvent se prévaloir des services offerts par les spécialistes suivants:

  Audiologiste
  Orthophoniste
  Psychologue
  Diététicien
  Physiothérapeute
  Directeur de laboratoire
  Technologiste en chef, radiologie

  Motif: s'assurer que le plus grand nombre de personnes puisse se prévaloir des services offerts par l'hôpital. On a défini les besoins à partir de la région centrale, et les mesures qui ont été prises afin d'y répondre comprennent des visites aux cliniques, une extension des services en région, etc. (8.0)

- Afin de permettre à un hôpital de bénéficier des services de techniciens spécialisés, le service de génie biomédical sert, moyennant rémunération, les hôpitaux régionaux. Grâce aux fonds recueillis, ce service peut consacrer des sommes additionnelles à l'embauche de spécialistes ou à l'acquisition d'appareils supplémentaires pour assurer la stabilité à long terme du service. **Motif:** il faut faire appel à des techniciens spécialisés pour assurer le fonctionnement et l'entretien de toute une gamme d'appareils médicaux. Ces techniciens sont rares et demandent un salaire élevé. Sans les contributions d'un certain nombre d'hôpitaux, il serait impossible de mettre sur pied une équipe de spécialistes compétents et d'optimiser l'utilisation de ces ressources. (4.8)

- Un programme d'enseignement spécial a été élaboré en collaboration avec la commission scolaire locale. **Motif:** les huit enfants atteints de handicaps graves ne bénéficiaient d'aucun service éducatif. (3.9)

- Un comité d'admission a été mis sur pied à l'intention des hôpitaux de soins prolongés de la région. L'objet de ce comité est de planifier de façon méthodique l'admission des personnes âgées dans tous les établissements de la région. (10.0)

- Un comité d'admission central a été créé à l'intention des hôpitaux de soins prolongés et des maisons de repos. (8.9)

3.2 Services de soutien non médical

- Des services d'informatique sont offerts à l'échelle régionale, et quatre maisons de repos y ont recours pour la comptabilité et la préparation de la paye. (9.8)

- Les services de gestion du matériel de deux hôpitaux ont été fusionnés. **Motif**: les deux hôpitaux devaient composer avec des restrictions budgétaires. Le fait de partager un service avec un hôpital voisin a permis de réduire les coûts. (6.3)

- La buanderie a été fermée, et l'hôpital est maintenant servi par une buanderie communautaire. **Motif**: il fallait libérer de l'espace en prévision d'une nouvelle construction. (1.8)

- La buanderie a élargi sa clientèle en offrant ses services à un petit hôpital et à une résidence universitaire de la municipalité. (5.3)

3.3 Services de soutien indéfinis

Certains établissements partagent leurs directeurs de services, par exemple, les directeurs du personnel, de la microbiologie et de l'urologie. (8.35)

SECTION TROIS

CORRÉLATION INÉVITABLE ENTRE LE DEGRÉ DE SATISFACTION DES EMPLOYÉS ET LA PRESTATION DE SERVICES HOSPITALIERS DE QUALITÉ

Tous les hôpitaux du pays ont indiqué que la qualité de la prestation des services est intimement liée au degré de satisfaction des employés. Parmi les innovations signalées, on constate que l'élaboration de nouvelles lignes de conduite et de programmes axés sur les problèmes et les besoins du personnel témoigne de cette prise de conscience. Les répondants ont mentionné les innovations suivantes.

1. PROGRAMMES D'ENCOURAGEMENT À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS

- Programme de perfectionnement du personnel. (3.2)
- Développement des ressources humaines. (4.1)
- Ateliers de gestion pratique. (6.8)
- Rédaction d'un guide à l'intention des gestionnaires. Le manuel en question renferme toutes sortes d'articles sur la gestion, les modifications apportées à la structure administrative, les communications, etc. Le guide est régulièrement mis à jour, et des administrateurs désignés animent des ateliers sur des articles précis. (3.9)

2. PROGRAMMES D'ENCOURAGEMENT À L'INTENTION DES EMPLOYÉS

- Garderie pour les enfants des employés. (9.6; 10.3)
- Programme de reconnaissance. (7.0; I)
- Comité de loisirs. (9.9)
- Programme de conditionnement physique. (4.1)
- Programme d'encouragement à l'assiduité: analyse des mesures d'encouragement visant à réduire l'absentéisme. (3.9)
- Programme de soutien: aider les employés à soigner les patients en phase terminale. (6.7)
- Réunions hebdomadaires avec les technologistes médicaux: réduire la tension occasionnée par le travail. (4.8)
- Élimination de l'horodateur: rendre le milieu de travail plus accueillant. (10.0)
- Comité inter-professionnel. (9.9)

3. PROGRAMMES D'AIDE AUX EMPLOYÉS

- Programmes d'aide aux employés. (3.0; 3.2; 3.3; 5.1; 6.5; 7.0; 7.9; 8.0)
- Programme conjoint d'aide (patronal-syndical) aux employés.* (5.4)

4. PROGRAMMES DE SÉCURITÉ

- Comité de sécurité-incendie. (6.8)
- Comité de santé et de sécurité au travail. (1.9; 4.9; 5.3; 5.7; 8.35; 9.9; I3)
- Comité de sécurité. (5.3)

5. PLANIFICATION D'ACTIVITÉS MONDAINES, DE CÉRÉMONIES, ETC.

- Pique-nique annuel. (I)
- Carte de souhaits et repas gratuit à l'occasion de l'anniversaire des employés. (I)
- Récompense décernée à l'employé du mois. (I)
- Café et beignes gratuits après trente (30) jours sans accident. (I)
- Thé en l'honneur d'un employé qui prend sa retraite. (I)

6. CRÉATION D'UN POSTE PARTICULIER

- Agent de projets administratifs

Le bureau des projets administratifs doit élaborer, mettre en oeuvre et diriger des programmes relatifs à l'importance de l'assiduité, à la santé et à la sécurité au travail, à l'indemnisation à la suite d'un accident de travail et à l'aide aux employés. Il incombe au titulaire de repérer les cas d'absences répétées, de proposer des mesures disciplinaires ou rectificatrices, d'agir à titre d'expert-conseil auprès des employés, et de préciser les points qui pourraient présenter des problèmes de sécurité. Il s'occupe d'un projet spécial, en ce sens qu'il doit faire enquête lorsqu'un citoyen porte plainte au sujet d'un traitement ou de soins reçus. S'il y a lieu, il propose des modifications en ce qui a trait aux procédures ou aux lignes de conduite. Il joue également le rôle d'agent de liaison et cette fonction l'amène à présenter des ateliers sur l'importance de l'assiduité ainsi que sur la santé et la sécurité au travail. Ces ateliers sont préparés en collaboration avec le service du personnel et les responsables des programmes d'enseignement.

Ce poste a été créé dans le but de confier à une seule personne la coordination des programmes suivants: réduction de l'absentéisme, santé et sécurité au travail, réadaptation et aide aux employés. Grâce au programme de réduction de l'absentéisme, l'on a constaté une diminution des absences de l'ordre de 20 à 25 p. 100 au cours des trois années suivant son entrée en vigueur. Quant au programme de santé et sécurité au travail, il a permis de réduire le nombre d'accidents tout en réduisant de 1000 jours le temps perdu à la suite de ces accidents. Il faut préciser que les blessures signalées sont moins graves depuis la mise en oeuvre de ce programme. On ne possède aucune statistique sur les bénéficiaires du programme d'aide aux employés en raison du caractère confidentiel de ces données. (4.2)

7. MODIFICATIONS APPORTÉES À L'HORAIRE DE TRAVAIL

La plupart des innovations signalées à ce chapitre portent sur une augmentation du nombre d'heures travaillées chaque jour, c'est-à-dire que le quart habituel est passé de huit à douze heures. Ces modifications s'adressaient surtout au personnel infirmier. Les personnes affectées à l'unité des soins intensifs, à l'unité de soins coronariens et au service de l'urgence sont celles qui ont adopté le nouvel horaire en plus grand nombre. Les motifs invoqués pour justifier ce nouvel horaire sont: 1) les conventions collectives, 2) le désir de réduire l'absentéisme et le roulement du personnel et 3) le souhait de faciliter le recrutement. Chez certains, ces changements auraient eu un effet positif sur le moral tandis que chez d'autres, ils auraient permis de réduire les absences.

D'autres innovations du même ordre ont déjà été mentionnées dans la SECTION DEUX: 2.5. Cependant, on a jugé opportun de mentionner les exemples qui suivent parce qu'ils semblent traduire les désirs du personnel. Il ne s'agirait pas d'horaires imposés en fonction des exigences de l'hôpital. Voici ces exemples d'horaires modifiés:

- Quart de travail de douze heures remplaçant le quart habituel de huit heures (infirmières). (1.0; 2.4; 3.1; 4.5; 4.6; 4.7; 4.8; 5.3; 7.1; 8.4)

- Quart de travail de douze heures remplaçant le quart habituel de huit heures (service de réanimation). (2.4)

- Quart de travail de douze heures remplaçant le quart habituel de huit heures (préposés au fonctionnement du système de chauffage). (7.3)

- Sept jours de travail suivis de sept jours de congé (aucun groupe d'employés en particulier). (9.7)

- Réduction de la semaine de travail de quarante heures à trente-sept heures et demie (aucun groupe d'employés en particulier). (3.8)

SECTION QUATRE

INNOVATIONS AXÉES SUR LA QUALITÉ DE LA VIE AU TRAVAIL

L'expression "qualité de la vie au travail" s'emploie pour qualifier un ensemble de vues et de méthodes visant à améliorer l'aspect organisationnel dans les secteurs privé ou public. Cette nouvelle façon d'envisager la vie au travail est orientée vers deux objectifs: une organisation plus efficace jumelée à une satisfaction accrue de l'employé. Il en résulte un plus grand engagement du personnel face aux objectifs et aux buts poursuivis par l'établissement pour lequel ils travaillent. Dans le cas des hôpitaux, un engagement plus ferme serait garant de la qualité des soins prodigués tant sur le plan humain que technique, et cela se ferait sentir jusqu'au niveau des soins prodigués aux patients. L'hôpital serait plus à même de s'"adapter" aux problèmes et aux besoins particuliers de la collectivité qu'il sert et dans la mesure du possible, il pourrait aller jusqu'à satisfaire les attentes du monde moderne tout en se pliant à des normes d'excellence.

Même si à l'heure actuelle il n'existe aucun programme global de la qualité de vie au travail dans les hôpitaux canadiens, un certain nombre de répondants ont cité des exemples d'innovations mettant en application les valeurs et les principes associés à ce nouveau concept. Elles portent sur les sujets suivants: 1) la collaboration entre le syndicat et la direction; 2) la valorisation des tâches, la formation par échange mutuel et la polyvalence; 3) les activités pluridisciplinaires à divers échelons.

1. COLLABORATION ENTRE LE SYNDICAT ET LA DIRECTION

La collaboration entre le syndicat et la direction est d'importance cruciale car elle permet à l'hôpital d'atteindre un juste équilibre entre le mandat qui lui est confié, soit celui de prodiguer des soins de grande qualité, et d'assurer la satisfaction au travail de ceux qu'il engage pour mener à bien cette mission. Peu importe la catégorie d'emploi, le personnel a des besoins, des aptitudes et des valeurs. Les innovations mentionnées sont les suivantes.

- Des réunions mixtes (direction et syndicat) sont prévues régulièrement. (1.1; 1.9; 3.7; 4.9; 7.0; 7.4; 9.5; I9)

- Le délégué syndical rencontre les nouveaux employés lors de séances d'accueil. (I)

- Un représentant syndical assiste aux entrevues de sélection. (1.1)

- Un comité patronal-syndical a été mis sur pied. (7.8)

- Un programme conjoint d'aide (direction et syndicat) aux employés a été instauré. Ces deux entités ont convenu que le recours à des consultations obligatoires après enquête représente la seule possibilité d'aide confidentielle pour les

employés aux prises avec des problèmes personnels. L'objet de ce programme est de réduire le nombe de mesures disciplinaires prises et d'améliorer la productivité des employés en prévoyant un programme d'aide à leur intention et ce, dans un cadre rassurant. (5.4)

2. VALORISATION DES TÂCHES, FORMATION PAR ÉCHANGE MUTUEL ET POLYVALENCE

D'après la documentation sur la structure organisationnelle, il semble que la satisfaction au travail soit étroitement liée à la présence d'un certain nombre de caractéristiques dont: 1) la variété des tâches; 2) la possibilité de participer à la prise des décisions concernant l'exécution de ses propres tâches; 3) les possibilités d'apprentissage et de perfectionnement; 4) les possibilités d'avancement au sein de l'organisme; et 5) le respect et l'appui entre collègues. La valorisation des tâches, la formation parallèle et la polyvalence représentent des tentatives d'intégration de ces caractéristiques aux fonctions des employés. Les innovations apportées dans ces trois domaines sont énumérées ci-dessous:

2.1 Valorisation des tâches

a. Le poste de directeur des soins médicaux regroupe des fonctions plus étendues, et le nombre d'heures de travail du titulaire a été augmenté. Les services de réservation et d'admission (de même que le personnel médical) relèvent maintenant du directeur des soins médicaux. (6.8)

b. La notion de soins primaires a été instaurée. **Motif:** les professionnels de la santé s'inquiétaient de plus en plus de la fragmentation des soins, lorsque ces derniers sont assurés par une équipe. Ils en sont venus à la conclusion qu'il fallait élaborer des modèles de soins plus cohérents. Il faut ajouter que les soins primaires contribuent à rehausser la satisfaction au travail. (8.3)

c. Le poste de "coordonnateur des soins aux patients" remplace l'ancien poste d'infirmière surveillante. Son titulaire est disponible "sur demande" le soir, la nuit et les fins de semaine. (6.7)

d. Le poste d'infirmière d'hygiène publique comprend de nouvelles tâches de sorte que cette infirmière passe quelques heures à l'hôpital presque chaque jour. **Motif:** le transfert des dossiers à l'hygiène publique se fait de façon plus efficace, et les malades se trouvent par le fait même avantagés. Les nombreux appels téléphoniques infructueux ont incité le personnel à demander cette amélioration. (6.8)

e. Le poste d'infirmière spécialiste de clinique a été créé. Il incombe à cette infirmière de rehausser la qualité des soins en donnant des cours sur les soins immédiats à prodiguer aux patients. Elle utilise la technique de mise en situation pour illustrer la façon d'aborder les patients, les situations particulières, etc. Le personnel infirmier et les médecins la consultent. L'infirmière spécialiste

de clinique s'occupe d'un certain nombre de patients et donne des cours à des groupes. Elle possède une maîtrise, a déjà publié des articles, et effectué de la recherche clinique en soins psychiatriques. Grâce à son travail, cette infirmière a grandement amélioré la qualité des soins prodigués aux patients et pour cette raison, l'augmentation du nombre d'infirmières spécialistes de clinique est devenue une priorité pour le service des soins infirmiers. (4.2)

f. Le poste d'ergothérapeute affecté au centre de jour a été modifié de manière à englober des activités thérapeutiques de groupe ainsi que des tâches rattachées à la consultation. **Motif:** faire en sorte que l'ergothérapie s'intègre mieux aux autres activités du centre de jour. (4.8)

g. Les services sociaux ne s'occupent plus seulement de la planification des départs; ils offrent un service de consultation, et les membres participent à divers programmes au sein de l'hôpital tout en appartenant à des comités de l'extérieur. Actuellement, le personnel se compose de trois assistants sociaux diplômés et d'un directeur. (6.8)

h. Le travail du pharmacien a évolué. Alors qu'autrefois une infirmière s'occupait de distribuer les médicaments, l'établissement emploie maintenant un pharmacien à plein temps, deux pharmaciens à temps partiel ainsi qu'un technicien à plein temps. Les médicaments distribués la fin de semaine sont préparés en pharmacie plutôt que par le personnel infirmier. (6.8)

i. Les administrateurs assument les responsabilités supplémentaires suivantes: mesures disciplinaires, mises à pied, contrôle des absences, etc. **Motif:** accroître leur autonomie. (10.4)

2.2 Formation par échange mutuel et polyvalence

Ces deux notions sont étroitement liées. En fait, la formation par échange mutuel peut être décrite comme étant la méthode permettant d'accéder à la polyvalence. Par exemple, l'on peut décider que tous les techniciens d'un laboratoire doivent acquérir une formation par échange mutuel de manière à pouvoir exécuter les travaux de routine de leurs collègues. Si au départ le groupe compte dix spécialistes, l'on peut dire que chaque technicien aura l'occasion d'apprendre neuf autres spécialités. Après la période de formation, chacun pourra remplacer n'importe quel autre technicien.

La possibilité d'alternance des tâches découlant de la formation par échange mutuel présente de nombreux avantages, et l'employé en bénéficie autant que le service. Parmi ces avantages, citons que: 1) l'employé a l'occasion d'exécuter des tâches diverses tout en acquérant des connaissances, ce qui augmente sa satisfaction au travail; 2) l'employé prend connaissance des tâches propres à chaque poste, ce qui entraîne, à long terme, une meilleure intégration des tâches permettant d'atteindre les objectifs du service; 3) l'employé apprend le "jargon" des différents métiers, ce qui amène le personnel à acquérir

graduellement une meilleure compréhension des diverses tâches et à améliorer les communications entre eux; 4) le service jouit d'une plus grande souplesse car les employés peuvent être affectés à différents postes sans que la qualité du travail s'en ressente.

Les innovations qui font appel à la formation par échange mutuel et à la polyvalence sont énumérées ci-après.

a. Tout le personnel de la radiologie a reçu la formation nécessaire pour pratiquer des scintigrammes de tomographie par ordinateur. **Motifs:** il fallait réduire le nombre d'heures supplémentaires nécessitées par les tomographies devant être faites d'urgence. Auparavant, après 16 h 30, ces examens étaient pratiqués par un technologiste qui devait demeurer disponible. En plus d'imposer des attentes aux malades et des déplacements au technologiste, cette manière de procéder se révélait très coûteuse. Dorénavant, les tomographies sont exécutées sans délai. En plus de fournir un meilleur service, l'on a pu ainsi épargner quelques 20 000 $ par année. (4.8)

b. Le préposé à la lingerie travaille maintenant à plein temps et de par ses nouvelles tâches, il est appelé à fournir de l'aide au personnel de la buanderie. **Motifs:** l'hôpital accueille de plus en plus de patients chaque année, ce qui a pour effet d'accroître la charge de travail à la buanderie. Dans le but de mieux contrôler la lingerie, conformément aux recommandations formulées à cet effet, il fut décidé d'affecter une personne de plus à la buanderie à certaines heures de la journée. Il semble que la solution idéale consistait à augmenter le nombre d'heures de travail du préposé à la lingerie et au besoin, solliciter son aide à la buanderie. (6.8)

c. Une nomenclature de procédés médicaux* a été établie. Les tâches habituellement dévolues aux médecins mais pouvant être exécutées par une infirmière habilitée sont énumérés ci-dessous. Cette délégation des tâches est régie par les trois conditions suivantes: les tâches en question doivent avoir fait l'objet d'une directive écrite émanant de l'établissement; il doit y avoir une ordonnance médicale écrite; enfin, l'infirmière habilitée doit posséder les connaissances et la préparation suffisantes pour les effectuer.

   . Ponction artérielle.

   . Retrait des drains de Kehr.

   . Retrait des cathéters servant à mesurer la pression veineuse centrale.

   . Accouchement.

---

* Remarque: le document original duquel la présente liste a été tirée définit clairement les conditions dans lesquelles une infirmière se charge de tâches semblables.

- Épisiotomie.
- Injection intradermique.
- Thérapie par voie intraveineuse.
- Administration de médicaments par voie intraveineuse.
- Suture des déchirures légères.
- Lavage d'oreilles.
- Tonographie et tonométrie.
- Changement de la canule externe d'un tube de trachéotomie.
- Examen vaginal.
- Ponction veineuse dans un bras ou dans le cuir chevelu.

d. Le service des véhicules a été repensé, et dans le but de remplacer les employés malades, on a embauché une personne de plus. Cette personne peut également remplacer des employés absents dans les services suivants: entretien ménager, magasin, entretien, buanderie et manutention. **Motif:** l'hôpital avait besoin d'une personne qui pouvait être facilement déplacée d'un service à l'autre pour effectuer du travail de dépannage. (6.8)

e. Les services de la comptabilité et de la perception ont été fusionnés. **Motif:** permettre aux employés de s'acquitter de tâches multiples. (9.9)

3. ACTIVITÉS PLURIDISCIPLINAIRES À DIVERS ÉCHELONS

Les activités pluridisciplinaires à divers échelons comprennent toutes les réunions et les sessions de comités, etc., auxquelles sont conviés des employés qui occupent des postes à divers échelons dans l'hôpital. Ces personnes se rencontrent afin d'élaborer des lignes de conduite, de cerner et de résoudre des problèmes, de préciser les objectifs, de prendre des décisions ou de régler des conflits. Tout comme la polyvalence à l'échelle d'un service favorise une meilleure intégration des tâches dans le but d'atteindre des objectifs, la création de structures organisationnelles pluridisciplinaires à divers échelons permet d'intégrer les fonctions disparates nécessaires à l'atteinte des objectifs de l'hôpital, surtout en ce qui touche les soins aux patients. En l'absence de structures semblables, les objectifs de l'hôpital deviennent de plus en plus diffus et dispersés; l'on observe alors un chevauchement des tâches, et les employés peuvent même ignorer le rapport entre leur travail et les objectifs globaux de l'établissement. Les innovations de ce genre sont énumérées ci-dessous:

a. Le modèle de la médecine traditionnelle évolue graduellement vers celui d'une équipe pluridisciplinaire. (6.5)

b. Un comité de liaison entre le personnel médical et le personnel infirmier a été mis sur pied. Il a été jugé souhaitable d'organiser un plus grand nombre de réunions officielles avec le personnel médical et infirmier afin de faciliter la résolution des problèmes. (I)

c. Une équipe pluridisciplinaire regroupant des médecins, des infirmières et des employés de laboratoire a été mise sur pied afin de réduire les coûts et d'améliorer les communications. (8.6)

d. Certains comités du personnel médical ont fait preuve d'une plus grande activité et prévoient maintenant des réunions à intervalles réguliers. Il s'agit des comités suivants: admission et départ, archives, laboratoires cliniques, pharmacie et thérapeutique. (6.8)

e. Des comités du personnel médical ont été mis sur pied dans les domaines suivants: vérification des soins médicaux, radiologie, états de service, règlements et lutte contre l'infection. Ces comités se réunissent régulièrement. (6.8)

f. Un comité d'audiologie et d'orthophonie a été créé. Il regroupe des représentants des services suivants: otolaryngologie, audiologie, orthophonie, médecine générale et administration. Ce regroupement a pour but de faciliter l'élaboration de règles, d'améliorer la coordination entre les services ainsi que les communications. (8.35)

g. Un groupe d'étude sur l'emploi des médicaments a été mis sur pied dans le but d'étudier les méthodes actuelles, et de formuler des recommandations visant à améliorer les soins prodigués aux patients. Ce comité regroupe des membres du personnel médical, de la pharmacie, du personnel infirmier et de l'administration. (8.35)

h. Un comité de cybernétique a été constitué afin d'élaborer des règles et de formuler des recommandations dans le but d'améliorer l'efficacité, la rentabilité ainsi que la qualité des services par l'entremise de la technologie. Ce comité regroupe des membres du corps médical, du personnel professionnel non médical, de l'institut de recherche, des services de diagnostic et de l'administration. (8.35)

i. Un comité de protection de l'enfance constitué d'une équipe pluridisciplinaire a été formé depuis l'entrée en vigueur des nouvelles lois sur la protection de la jeunesse. (8.35)

j. Un programme de soutien "L'espoir c'est la vie", à l'intention des malades atteints de cancer a été mis sur pied. L'hôpital était devenu un grand centre d'oncologie qui offrait à ses patients externes des thérapies et de la chimiothérapie sous une forme innovatrice. La plupart des patients avaient de la difficulté à accepter la maladie, et les traitements à la fois prolongés et très désagréables les démoralisaient. On a cru bon de former une équipe pluridisciplinaire qui pourrait les soutenir moralement tout en les

incitant à se prendre en main, sans négliger leur amour-propre. Il faut préciser que cette équipe comprend aussi des travailleurs bénévoles qui ont vaincu cette maladie. (8.3)

k. Un comité pluridisciplinaire a été formé afin de fournir des services de soutien aux patients et à leurs parents qui doivent vivre une maladie qui pourrait se révéler mortelle. Ce comité offre également des programmes d'enseignement et de soutien à l'intention du personnel qui soigne les malades en phase terminale. (6.7)

l. Une équipe pluridisciplinaire a été mise sur pied afin de venir en aide aux victimes d'accidents cérébro-vasculaires. "L'équipe A.C.V." s'est donné pour mission de coordonner les services offerts à ces malades, et de renseigner et d'aider leurs familles. En raison du nombre sans cesse croissant de personnes hospitalisées à la suite d'attaques semblables, l'on a cru qu'il était possible de leur prodiguer de meilleurs soins. L'on a également attaché de l'importance au fait que la famille du malade manifeste souvent beaucoup d'inquiétude, surtout quand elle se rend compte qu'elle devra prendre soin d'un parent à la maison. Ce programme a remporté beaucoup de succès. (8.3)

m. Dans un cadre pluridisciplinaire, une unité de soins coronariens progressifs de même qu'une équipe responsable de la réadaptation des malades cardiaques ont été créées. Cette démarche découle du fait qu'après avoir subi infarctus du myocarde, un certain nombre de malades s'imaginent à tort qu'ils sont devenus des "handicapés cardiaques", physiques ou psychologiques. (8.3)

n. Un programme d'enseignement pluridisciplinaire a été élaboré à l'intention des personnes qui souffrent de problèmes respiratoires chroniques. Ce programme d'une durée de huit semaines est offert de façon permanente; il s'adresse autant aux patients externes qu'à leurs conjoints. Les résultats ont démontré que ce programme avait permis de réduire considérablement le nombre de jours d'hospitalisation tout en améliorant la qualité de la vie de ceux qui y ont assisté. (4.7)

o. Une équipe pluridisciplinaire de soins gériatriques a été mise sur pied. Elle regroupe un médecin, une infirmière, un physiothérapeute, des travailleurs bénévoles ainsi que d'autres professionnels (selon les besoins). (8.5)

p. Une équipe pluridisciplinaire volante a été mise sur pied. Elle est dirigée par un médecin-chef, en médecine interne et en gériatrie, et regroupe d'autres gériatres, un psychogériatre, une infirmière consultante, un assitant social, un ergothérapeute, un ludothérapeute, un physiothérapeute, des travailleurs bénévoles ainsi qu'une secrétaire. Les membres de cette équipe jouent un rôle consultatif. (8.2)

q. Un service consultatif en soins palliatifs a été mis sur pied par une équipe regroupant deux infirmières ainsi que des travailleurs bénévoles afin de répondre aux besoins des mourants. Il a été jugé opportun de créer ce service parce qu'il semble que l'on ne se préoccupait pas des besoins particuliers de ces patients. (4.9)

r. Une équipe de soins palliatifs a été mise sur pied. Elle regroupe une infirmière, un assistant social, un membre des services de pastorale ainsi qu'un médecin (ce dernier représente un quart d'année-personne). Cette équipe vient en aide aux mourants et à leurs parents. Elle vient aussi en aide aux médecins et aux membres du personnel et leur dispense des cours de formation. Son existence découle d'un travail de recherche dans lequel sont décrits les besoins des mourants, de leurs parents et des membres du personnel. (4.3)

s. Des comités pluridisciplinaires ont été créés dans le but d'étudier le cas des patients nouvellement hospitalisés et de ceux qui pourraient profiter d'une réadaptation fonctionnelle. (10.1)

t. Un nouveau programme d'évaluation du rendement a été élaboré. Les nouvelles formules ainsi que les lignes de conduite et les règles favorisent une plus grande participation de l'employé. L'on insiste sur l'importance d'élaborer des directives en prévision des réformes. (3.2)

u. Une clinique de planification familiale a été ouverte. Elle fonctionne grâce à une équipe pluridisciplinaire regroupant quatre gynécologues, une infirmière et un assistant social. Elle offre des services dans les domaines suivants: éducation sexuelle, stérilisation, stérilité et avortements thérapeutiques. (10.0)

v. Un comité d'évaluation des soins aux patients (contrôle de la qualité) a été mis sur pied aux fins suivantes: faciliter la résolution des problèmes; améliorer les communications entre les diverses spécialités; améliorer la documentation; renforcer les méthodes de contrôle de la qualité et respecter les conditions d'agrément. Ce comité relève du conseil consultatif du personnel clinique. (8.35)

w. Un comité de vérification du service administratif a été mis sur pied. Il a pour mission d'effectuer des vérifications régulières des soins (directs et indirects) prodigués aux patients, et d'en analyser les résultats. Ces vérifications ont lieu dans les services suivants: diétothérapie, ergothérapie, pharmacie, physiothérapie, médecine de laboratoire, radiologie et techniques de réanimation. Chaque service est prié de désigner un sujet qui fera l'objet de l'évaluation. Il élabore des critères, étudie les organigrammes, analyse les écarts, cerne les problèmes à la suite de quoi il propose des mesures rectificatives, les met en application et les évalue. Toutes ces démarches sont analysées par le comité de vérification qui en fait rapport au directeur général adjoint. La création de ce comité répond à deux genres de besoins. En premier lieu, la plupart des services administratifs procédaient à un nombre insuffisant de

vérifications, et en second lieu, l'on manifestait le désir d'étayer certaines activités rattachées aux soins aux patients afin d'en garantir la qualité. (7.0)

x. Un agent de planification des départs et du contrôle de la qualité sera embauché. Etant donné les dimensions restreintes de l'hôpital, il a été jugé opportun de regrouper le contrôle de la qualité et la planification des départs sous la responsabilité d'une seule personne. Il incombera au titulaire d'assurer la mise en application d'un programme pluridisciplinaire de contrôle de la qualité tout en coordonnant la planification des départs, les services sociaux et les soins infirmiers. Le contrôle de la qualité au sein de l'hôpital doit se faire dans un cadre pluridisciplinaire si l'on veut s'assurer que les patients bénéficient de tous les soins offerts. **Motif**: en raison des restrictions imposées et d'un taux d'occupation élevé, on s'est rendu compte que le départ des patients devait se faire beaucoup plus méthodiquement qu'autrefois, et qu'il y avait lieu de le planifier dès leur hospitalisation. En confiant la planification des départs à une seule personne, l'hôpital s'assure ainsi que toutes les possibilités de placement (après le traitement en soins actifs) sont envisagées et mises à contribution. Cette tâche ne peut être menée à bonne fin sans l'intervention d'un coordonnateur. (2.4)

ANNEXES

ANNEXE I

ADRESSE DES HÔPITAUX AYANT SIGNALÉ DES INNOVATIONS

1.0 Executive Director
Royal Inland Hospital (G)
311 Columbia Street
Kamloops, B.C.
V2V 2T1 (604) 374-5111

1.1 Institutional Manager
Tranquille Institution (DM)
P.O. Box 6000
Kamloops, B.C.
V2C 6C4 (604) 376-3361

1.2 Executive Director
Kelowna General Hospital (G)
2268 Pandosy Street
Kelowna, B.C.
V1Y 1T2 (604) 762-4000

1.3 Executive Director
Royal Columbian Hospital (G)
330 East Columbia Street
New Westminster, B.C.
V3L 3W7 (604) 520-4253

1.4 Assistant Executive Director
Saint Mary's Hospital (G)
220 Royal Avenue
New Westminster, B.C.
V3L 1H6 (604) 521 1881

1.5 Senior Assistant Administrator
Lions Gate Hospital (G)
15th Street and Saint Georges
North Vancouver, B.C.
V7L 2L7 (604) 988-3131

1.6 Administrator
Saanich Peninsula Hospital (G)
2166 Mount Newton Crossroad
Box 10
Saanichton, B.C.
V0S 1M0 (604) 652-3911

1.7 Administrator
Trail Regional Hospital (G)
1200 Hospital Bench
Trail, B.C.
V6H 3O4

1.8 Vice-President, Administrator
Saint Paul's Hospital (G)
1081 Burrard Street
Vancouver, B.C.
V6Z 1Y6 (604) 682-2344

1.9 Administrator
Saint Vincent's Hospital (G)
749 West 33rd Avenue
Vancouver, B.C.
V5Z 2K4 (604) 877-7171

2.0 Administrator
Glendale Lodge (DM)
P.O. Box 4250, Station A
Victoria, B.C.
V8X 3X9 (604) 479-7101

2.1 Executive Director
Colonel Belcher Hospital (G)
1213-4th Street S.W.
Calgary, Alberta
T2V 0X7 (403) 264-1850

2.2 Administrator
Charles Camsell General Hospital (G)
12815-115 Avenue
Edmonton, Alberta
T5M 3A4 (403) 453-5311

2.3 Unit Administrator
Grandview Extended Care Centre (SP)
6215-124 Street
Edmonton, Alberta
T6H 4P4 (403) 436-4130

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général; **P** = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

2.4 Assistant Administrator
St. Michael's General Hospital (G)
1315-9th Avenue South
Lethbridge, Alberta
T1J 1X7 (403) 327-1531

2.5 Assistant Executive Director
Medicine Hat and District Hospital (G)
666-5th Street S.W.
Medicine Hat, Alberta
T1A 4H6 (403) 527-2211

2.6 Manager
Research, Planning and Evaluation
Alberta Hospital (P)
P.O. Box 1000
Ponoka, Alberta
T0C 2H0 (403) 783-3351

2.7 Executive Director
Red Deer Regional Hospital (G)
3942-50A Avenue
Red Deer, Alberta
T4N 4E7 (403) 343-4600

2.8 Executive Director
Moose Jaw Union Hospital (G)
455 Fairford Street East
Moose Jaw, Saskatchewan
S6H 1H3 (306) 692-1841

2.9 Executive Director
Holy Family Hospital (G)
675-15th Street West
Prince Albert, Saskatchewan
S6V 3R8 (306) 922-2605

3.0 Administrator
Pasqua Hospital (G)
4101 Dewdney Avenue
Regina, Saskatchewan
S6V 5T4 (306) 359-2363

3.1 Administrator
Plains Health Centre (G)
4500 Wascana Parkway
Regina, Saskatchewan
S4S 5W9 (306) 584-6208

3.2 Executive Assistant
Regina General Hospital (G)
1440-14th Avenue
Regina, Saskatchewan
S4P 0W5 (306) 359-4259

3.29 President
Saint Boniface General Hospital (G)
409 Tache Avenue
Winnipeg, Manitoba
R2H 2A6 (204) 233-8563

3.3 Associate Executive Director
Victoria General Hospital (G)
2340 Pembina Highway
Winnipeg, Manitoba
R3T 2E8 (204) 477-3379

3.4 Administrator
Adult Occupational Centre (DM)
P.O. Box 12000
Barrie, Ontario
L4N 1G4 (705) 728-6910

3.5 Chief Executive Officer
Royal Victoria Hospital (G)
76 Ross Street
Barrie, Ontario
L4N 1G4 (705) 728-9802

3.6 Administrator
Peel Memorial Hospital
20 Lynch Street
Brampton, Ontario
L6W 2Z8 (416) 451-1710

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général;
P = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

3.7 Administrator
Brockville General Hospital (G)
75 Emma Street
Brockville, Ontario
K6V 1S1 (613) 345-5645

3.8 Assistant Administrator
Public General Hospital (G)
106 Emma Street
Chatham, Ontario
N7L 1A8 (519) 352-6400

3.9 Administrator
D'Arcy Place Development Centre (DM)
700 D'Arcy Street
Cobourg, Ontario
K9A 4L5 (416) 372-3341

4.0 Assistant Executive Director
Queensway General Hospital (G)
150 Sherway Drive
Etobicoke, Ontario
M9C 1A5 (416) 259-6671

4.1 Executive Director
Saint Joseph's Hospital (G)
80 Westmount Road
Guelph, Ontario
N1H 5H8 (519) 824-2620

4.2 Executive Director
Hamilton Psychiatric Hospital (P)
100 West 5th Street
Box 585
Hamilton, Ontario
L8L 2X2 (416) 388-2511

4.3 Assistant Executive Director
Saint Joseph's Hospital (G)
50 Charlton Avenue East
Hamilton, Ontario
L8N 1Y4 (416) 522-4941

4.4 Administrator
Leamington District Memorial (G)
Talbot Street West
Leamington, Ontario
N8H 1N9 (519) 326-6131

4.5 Assistant Administrator
General Services
Ross Memorial Hospital (G)
10 Angeline Street North
Lindsay, Ontario
K9V 4M8 (705) 324-6111

4.6 Assistant Administrator
London Psychiatric Hospital (P)
P.O. Box 2532, Terminal "A"
London, Ontario
N6A 4H1 (519) 455-5110
Ext. 203

4.7 Associate Executive Director
Saint Joseph's Hospital (G)
268 Grosvenor Street
London, Ontario
N6A 4V2 (519) 439-3271

4.8 Management Consultants' Professional Services
Ottawa General Hospital (G)
5901 Smyth Road
Ottawa, Ontario
K1H 8L6 (613) 737-7777

4.9 Executive Director
Riverside Hospital of Ottawa (G)
1967 Riverside Drive
Ottawa, Ontario
K1H 7W9 (613) 731-6710

5.0 Assistant Executive Director
Owen Sound General and Marine Hospital (G)
1201-6th Avenue West
Owen Sound, Ontario
N4K 5H3 (519) 376-2121

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général;
P = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

5.1 Executive Director
Saint Joseph's General Hospital (G)
384 Rogers Street
Peterborough, Ontario
K9H 7B6 (705) 743-4251

5.2 Associate Administrator
The Etobicoke General Hospital (G)
101 Humber College Boulevard
Rexdale, Ontario
M9V 1R8 (416) 744-3466

5.3 Assistant Executive Director
St. Catherines General Hospital (G)
142 Queenston Street
Saint Catherines, Ontario
L2R 7C6 (416) 684-7271

5.4 Assistant Administrator
St. Thomas Psychiatric Hospital (P)
P.O. Box 2004
St. Thomas, Ontario
N5P 3V9 (519) 631-8510
Ext. 310

5.5 Administrator
Rideau Regional Centre (DM)
P.O. Box 2000
Smith Falls, Ontario
K7A 4T7 (613) 283-5533

5.6 Assistant Administrator
Smith Falls Community Hospital (G)
60 Cornella Street West
Smith Falls, Ontario
K7A 2H9 (613) 283-2330

5.7 Executive Director
Laurentian Hospital (G)
41 Ramsey Lake Road
Sudbury, Ontario
P3E 5J1 (705) 522-2200

5.8 Executive Director
McKellar General Hospital (G)
325 South Archibald Street
Thunder Bay, Ontario
P7E 1G6 (807) 623-5561
Ext. 711

5.9 Director
Northwestern Regional Centre (DM)
580 North Algoma Street
Box 3270
Thunder Bay, Ontario
P7B 5J8

6.0 Executive Director
Saint Joseph's General Hospital (G)
35 North Algoma Street
Box 3251
Thunder Bay, Ontario
P7B 5G7 (807) 344-2431

6.1 Executive Director
Saint Mary's General Hospital (G)
41 Pine Street North
Timmins, Ontario
P4N 6K7 (705) 267-2131

6.2 Assistant Administrator, Finance
The Hospital for Sick Children (G)
555 University Avenue
Toronto, Ontario
M5G 1X8 (416) 598-5707

6.3 Administrator
The Princess Margaret Hospital (G)
500 Sherbourne Street
Toronto, Ontario
M4X 1K9 (416) 924-0671

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général; **P** = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

6.4 Executive Director
The Queen Elizabeth Hospital (SP)
550 University Avenue
Toronto, Ontario
M5G 2A2 (416) 597-5003

6.5 Assistant Administrator, Paramedical
The Riverdale Hospital (SP)
14 Saint Matthews Road
Toronto, Ontario
M4M 2B5 (416) 461-8251
Ext. 2002

6.6 Executive Director
The Wellesley Hospital (G)
160 Wellesley Street East
Toronto, Ontario
M4Y 1J3 (416) 966-6602

6.7 Associate Executive Director
Women's College Hospital (G)
76 Greenville Street
Toronto, Ontario
M5S 1B2 (416) 966-7176

6.8 Administrator
Saint John's Hospital (SP)
285 Cummer Avenue
Newtonbrook
Willowdale, Ontario
M2M 2G1 (416) 226-6780

6.9 Associate Executive Director
Chaleur General Hospital (G)
1750 Sunset Drive
Box S
Bathurst, N.B.
E2A 4A4 (506) 548-8961

7.0 Executive Director
Dr. Everett Chalmers Hospital (G)
Priestman Street
Box 9000
Fredericton, N.B.
E3B 5N5 (506) 452-5400

7.1 Assistant Administrator
The Moncton Hospital (G)
135 MacBeth Avenue
Moncton, N.B.
E1C 6Z8 (506) 855-1600

7.2 Administrator
Saint Joseph's Hospital (G)
130 Bayard Drive
Saint John, N.B.
E2L 3L6 (506) 652-2620

7.3 Executive Director
Camp Hill Hospital (G)
1763 Robie Street
Halifax, N.S.
B3J 2H6 (902) 423-1371
Ext. 211

7.4 Administrative Director
Victoria General Hospital (G)
1278 Tower Road
Halifax, N.S.
B3H 2Y9 (902) 428-2025

7.5 Administrator
Saint Rita Hospital (G)
409 King's Road
Sydney, N.S.
B1P 2H8 (902) 539-3740

7.6 Administrator
Colchester Hospital (G)
Willow Street
Truro, N.S.
B2N 5A1 (902) 895-5421

7.7 Executive Director
Yarmouth Regional Hospital (G)
Vancouver Street
Yarmouth, N.S.
B5A 2P5 (902) 742-3541

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général;
P = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

7.8 Executive Director
Queen Elizabeth Hospital
Inc. (G)
P.O. Box 6600
Charlottetown, P.E.I.
C1A 8T5 (902) 566-6111

7.9 Assistant Administrator
Western Memorial Regional
Hospital (G)
West Valley Road
Box 2005
Corner Brook, Newfoundland
A2H 6J7 (709) 634-4393

8.0 Administrative Assistant,
Outreach
Central Newfoundland
Hospital (G)
Union Street
Grand Falls, Newfoundland
A2A 2E1 (709) 489-5330

8.1 Executive Director
Dr. Charles A. Janeway
Child Hospital Centre (G)
Newfoundland Drive
Saint John's, Newfoundland
A1A 1R8 (709) 778-4222

8.2 Directeur général
Centre hospitalier de
St. Mary (G)
3830, avenue Lacombe
Montréal (Québec)
H3T 1M5 (514) 344-3197

8.3 Directeur des services
hospitaliers
Hôpital général juif (G)
3755, Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1E2 (514) 342-3111

8.35 Directeur des services
hospitaliers
Hôpital de Montréal pour
enfants (G)
2300, rue Tupper
Montréal (Québec)
H3H 1P3 (514) 937-8511

8.4 Directeur des services
hospitaliers
Hôpital général de Montréal (G)
1650, avenue Cedar
Montréal (Québec)
H3G 1A4 (514) 937-6011

8.5 Directeur des services
hospitaliers
Hôpital Queen Elizabeth (G)
2100, avenue Marlowe
Montréal (Québec)
H4A 3L6 (514) 488-2311

8.6 Directeur des services
hospitaliers
Hôtel-Dieu d'Alma (G)
300 sud, boulevard Champlain
Alma (Québec)
G8B 5W3 (418) 662-3421

8.7 Directeur général adjoint
(D.S.H.)
Hotel-Dieu d'Arthabaska (G)
5, rue Quesnel
Arthabaska (Québec)
G6P 6N2 (819) 357-2031

8.8 Directeur des communications
Hôpital de Chicoutimi (G)
305, rue Saint-Vallier
C.P. 5006
Chicoutimi (Québec)
J2C 4G6 (418) 549-2195
poste 246

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général;
P = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

8.9 Directeur général
Centre hospitalier de Granby (G)
205, boulevard Leclerc
Granby (Québec)
J2G 1T7 (514) 372-5491

9.0 Directeur général
Centre hospitalier de Jonquière (G)
450, rue de l'Hôpital
C.P. 1200
Jonquière (Québec)
J7X 7X2 (418) 547-3651

9.1 Directeur général
Hôpital la Providence de Magog (G)
50 est, rue Saint-Patrice
Magog (Québec)
J1X 3X3 (819) 843-3381

9.2 Directeur général
Hôpital de Mont-Joli Inc. (P)
800, rue du Sanatorium
Mont-Joli (Québec)
G5H 3L6 (418) 775-7261

9.3 Directeur général
Hôpital Louis-H. Lafontaine (P)
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec)
H1N 3M5 (514) 253-8200

9.4 Directeur général
Hôpital Notre-Dame de Lourdes (SP)
1870, boulevard Pie IX
Montréal (Québec)
H1V 2C6 (514) 527-4595.

9.5 Conseiller en procédés administratifs
Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc (G)
3570, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2X 2N8 (514) 842-6141

9.6 Adjointe au directeur général
Hôpital Saint-François d'Assise (G)
10, de L'Espinay
Québec (Québec)
G1R 2M6 (418) 525-4421

9.7 Directeur des services hospitaliers
Hôpital Saint-Joseph de Rimouski (G)
150, avenue Rouleau
Rimouski (Québec)
G5L 5T1 (418) 723-7851

9.8 Directeur
Services auxiliaires et hospitaliers
Centre hospitalier Laurentien (G)
234, rue Saint-Vincent
Sainte-Agathe-des Monts (Québec)
J8C 2E8 326-3551

9.9 Directeur des ressources financières
Le centre hospitalier de l'Université Laval (G)
2705, boulevard Laurier
Sainte-Foy (Québec)
G1V 4G2 (418) 656-8235

10.0 Directeur général
Hôpital régional de la Mauricie (G)
59, 118^{e} rue
Shawinigan-Sud (Québec)
G9P 4E7 (819) 537-9321

10.1 Directeur général
Hôpital d'Youville (SP)
1036, rue Belvedere sud
Sherbrooke (Québec)
J1H 4C4 (819) 569-9041

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général; **P** = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

10.2 Directeur général adjoint
Hôpital Saint-Joseph de
Trois-Rivières (G)
731, rue Sainte-Julie
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9 (819) 379-4130

10.3 Directeur général adjoint
Centre hospitalier de
Verdun (G)
4000, boulevard Lasalle
Verdun (Québec)
H4G 2A3 (514) 761-3551

10.4 Directeur général
Centre hospitalier des
Bois-Francs (SP)
61, avenue de l'Ermitage
Victoriaville (Québec)
G6P 6X4 (819) 758-7511

11.0 Assistant Administrator
Penticton Regional Hospital (G)
550 Carmi Avenue
Penticton, B.C.
V2A 3G6 (604) 492-4000

AM = Établissement pour déficients mentaux; **G** = Hôpital général; **P** = Hôpital psychiatrique; **SP** = Établissement de soins prolongés.

ANNEXE II

LISTE DES POSTES ET DES GROUPES SYNDIQUÉS RÉPERTORIÉS PAR LES REPRÉSENTANTS SYNDICAUX

A
- Aide
- Aide en alimentation (groupe)
- Aide-infirmier
- Aide-infirmière
- Ambulance
- Ambulancier
- Apprenti
- Archives
- Archiviste médical
- Assistant au laboratoire
- Assistant social
- Assistant-surveillant d'unité
- Association des techniciens en diététique du Québec
- Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec
- Audiologiste-orthophoniste
- Auxiliaire

B
- Bibliothécaire, archives médicales
- Buanderie
- Buanderie, personnel

C
- Cafétéria
- Centre de distribution des fournitures médicales
- Chef de service
- Coiffeur pour hommes (groupe)
- Commis de bureau
- Conducteur d'ambulance
- Conseiller en orientation professionnelle
- Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec
- Corporation profess onnelle des techniciens en radiologie du Québec
- Corporation professionnelle des technologistes médicaux du Québec
- Couturier (groupe)
- Cuisine
- Cuisinier
- Cytologiste
- Cytotechnicien

D
- Département des approvisionnements
- Détoxication
- Diététicien
- Diététique

E
- Éducateur
- Éducateur physique
- Électriciens (groupe)
- Employé de bureau
- Employés, services auxiliaires
- Employés, service du personnel
- Enseignant
- Enseignant/moniteur
- Enseignant, soins infirmiers
- Entrepôt
- Entretien
- Entretien ménager
- Entretien ménager, personnel auxiliaire
- Entretien, répartition
- Ergothérapeute
- Ergothérapie
- Ergothérapie (groupe)
- Esthéticien
- Expert-conseil en programmes

G
- Gardien

H
- Gens de métier
- Hygiène
- Hygiéniste dentaire

I
- Illustration médicale
- Infirmier auxiliaire
- Infirmière
- Infirmière autorisée
- Infirmière autorisée (O.N.A.)
- Infirmière auxiliaire
- Infirmière auxiliaire diplômée
- Infirmière diplômée
- Infirmière surveillante
- Infirmière licenciée
- Infirmière psychiatrique
- Inhalothérapeute
- Inhalothérapie

J Jardiniers (groupe)

L Laboratoire
Laboratoire et hygiène publique
Laboratoire (groupe)
Laboratoire médical
Ludothérapeute
Ludothérapie (groupe)

M Maçons et plâtriers (groupe)
Magasin
Manoeuvre
Mécanicien
Mécanicien de systèmes de chauffage
Mécanicien de machines fixes
Mécanicien (matériel de chauffage)
Mécaniciens-ajusteurs et soudeurs (groupe)
Mécanique d'entretien
Médecine nucléaire
Menuisiers (groupe)
Métiers

N Nettoyeur

O Ontario Nursing Association (O.N.A.)
Opérateur sur ordinateur
Orthésiste
Orthopédie
Orthophoniste
Ouvrier d'entretien général

P Para-médical
Peintres (groupe)
Personnel administratif
Personnel de bureau
Personnel de bureau (groupe)
Personnel de la cuisine
Personnel de service (groupe)
Personnel de soutien
Personnel infirmier
Personnel para-médical
Personnel professionnel para-médical
Personnel technique paramédical
Pharmacie
Pharmacien
Physicien
Physiothérapeute
Plombiers (groupe)

P Pompier
Portier
Portier, bloc opératoire
Préparateur en pharmacie
Préparation des fournitures
Préposé à l'entretien
Préposé au travail de bureau
Préposé aux soins
Préposé aux soins dans un établissement
Préposé aux soins de jour
Professionnel
Psycho-éducateur
Psychologue
Psychologue: agent des relations humaines

R Radiographie
Radiologie
Réadaptation
Réanimation
Réanimation: E.E.G., E.C.G.
Rembourreurs (groupe)

S Salle du système de chauffage
Salle du système de chauffage et entretien des bâtiments, groupe
Sciences et professions
Sciences sociales
Secrétaire
Secrétaire (service)
Secrétariat
Sécurité
Service de soins cardiopulmonaires (S.C.P.)
Services alimentaires
Services auxiliaires
Services d'écritures
Services généraux
Services sociaux
Soins de jour
Soins infirmiers
Soutien, soins infirmiers
Soutien, soins infirmiers (groupe)
Spécialiste du comportement humain (psychologue)
Spécialiste en aérosolthérapie
Spécialiste en puériculture
Spécialistes en produits de beauté (groupe)
Standard téléphonique
Surveillant

S Syndicat professionnel des diététistes du Québec
Syndicat professionnel des techniciens en radiologie médicale du Québec

T Technicien
Technicien archiviste médical
Technicien classe "B"
Technicien de laboratoire
Technicien de laboratoire médical
Technicien de salle d'opération
Technicien en diététique
Technicien en E.E.G. (électroencéphalographie)
Technicien en E.K.G. (électrokymographie)
Technicien en inhalothérapie
Technicien en loisirs
Technicien en pharmacie
Technicien en physiothérapie
Technicien en radiologie
Technicien en radiothérapie
Technicien en réadaptation
Technicien en réanimation
Technicien en ultrasons
Technicien, laboratoire médical
Technicien, médecine nucléaire
Technicien N.C.A. (non classé ailleurs)
Technicien radiologiste
Technologiste
Technologiste de laboratoire
Technologiste en radiologie
Technologiste médical
Thérapeute
Thérapeute adjoint
Thérapeute (groupe)
Tôlier (groupe)
Transport et entretien de terrains
Transport (groupe)
Travail de bureau
Travailleur des services d'hygiène mentale
Travailleur para-médical
Travailleur para-médical, soins infirmiers

U Unité cardiopulmonaire

V Ventes et fournitures, groupe

ANNEXE III

DÉFINITION DES SYMBOLES STATISTIQUES DES TABLEAUX

1. CHI CARRÉ

En statistique, le test du chi carré (x^2) sert à établir le degré de signification du rapport entre deux variables. Plus x^2 est grand, plus il est probable que le rapport entre les deux variables soit réel, et non simplement attribuable aux aléas de l'échantillonnage. La signification de la grandeur de x^2 est fonction des degrés de liberté (d.l.) qui y sont associés, par rapport au seuil de probabilité (P). Les degrés de liberté dépendent du nombre de catégories de variables qui ont fait l'objet d'un recoupement de classifications. La grandeur de x^2 est significative dans la mesure où, pour un nombre donné de degrés de liberté, la probabilité de l'erreur est inférieure à 5 % (P = 5 %).

2. VALEUR V DE CRAMER ET COEFFICIENT GAMMA

Soit la valeur V de Cramer, soit le coefficient gamma, figure dans le coin inférieur droit de chaque tableau à entrées multiples. Ces valeurs expriment le degré d'association entre deux variables recoupées.

a. La valeur V de Cramer mesure (exprime) le degré de corrélation entre deux variables nominales, sur une échelle de 0 à 1: la première valeur indique une absence d'association, et la deuxième, une association parfaite.

b. Gamma mesure (exprime) le degré de corrélation entre deux variables ordinales, sur une échelle allant de -1 à +1: la valeur 0 indique une absence d'association, et le signe, la direction. La valeur de gamma est interprétée comme une mesure du pourcentage de corrélation entre les deux variables.

3. LA LETTRE "N" QUI FIGURE AU BAS DE CHAQUE COLONNE INDIQUE LE NOMBRE DE RÉPONSES DANS CETTE CATÉGORIE.

BIBLIOGRAPHIE

Babbrie, E.A. The Practice of Social Research. Belmont, Wadsworth Publishing Co. 1979.

Brunet, L. "La qualité de la vie au travail dans les hôpitaux". La QVT: la scène canadienne, Vol. 4, N° 1, p. 12-16. 1981.

Emery, F.E. Systems Thinking. Baltimore, Penguin Books Ltd. 1971.

Garrett, R.D. Hospitals - a Systems Approach. Philadelphia, Auerbach Publishers Inc. 1973.

Gosselin, R. "Decentralization/Regionalization in Health Care: The Quebec Experience". Health Care Management Review. Automne 1983.

Hosmer, L.T. Strategic Management. Englewoods Cliffs, Prentice-Hall Inc. 1982.

Johnston, C.P., M. Alexander et J. Robin. L'idée et son application. Collection "Qualité de la vie au travail". Ottawa, Travail Canada. 1978.

Kahn, J. "Quality of Working Life in Hospitals: Some Implications for Dietetics Departments". Communication présentée devant l'assemblée annuelle de l'Association des diététistes du Canada, Toronto. Le 24 juin 1982.

Kolodny, H.F., C.P. Johnston et W. Jeffery. Structuration des emplois et systèmes sociotechniques. Collection "Qualité de la vie au travail". Ottawa, Travail Canada. 1979.

Mintzberg, H. The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc. 1979.

Ondrack, D.A. et M.G. Evans. Évaluation et mesure. Collection "Qualité de la vie au travail". Ottawa, Travail Canada. 1981.

Robin, J. Concept et programmes de changement. Collection "Qualité de la vie au travail". Ottawa, Travail Canada. 1981.

Shortell, S.M. "Theory Z: Implications and Relevance for Health Care Management". Health Care Management Review, Vol. 7, No. 4, p.7-21. Automne 1982.

Soderstrom, L. The Canadian Health System. Londres, Croom Helm Ltd. 1978.

Steers, R.M. Introduction to Organizational Behaviour. Santa Monica, Goodyear Publishing Co. Inc. 1981.

Travail Canada. S'adapter à un monde en pleine évolution: choix de textes sur la qualité de la vie au travail. Ottawa. 1981.

Travail Canada. "Définition de la qualité de la vie au travail" (tiré de Ted Mills, "The Name that Isn't There"). Ottawa. 1981.

Westley, W.A. et W.M. Westley. "Hospital Organization and the Quality of Working Life". Document non publié.

Westley, W.A. Le rôle du surveillant. Collection "Qualité de la vie au travail". Ottawa, Travail Canada. 1981.